

**БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ  
И СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

*Кафедра социальной работы*

**О. В. Лисковский**

# **МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

*Учебно-методический комплекс*

МИНСК  
ФУСТ БГУ  
2003

УДК 159.9:61(075.8)

ББК 88.4я73

М42

**Рецензенты:**

доктор медицинских наук, профессор кафедры общей  
и педагогической психологии БГПУ им. М. Танка *С. А. Игумнов*;  
зав. кафедрой медико-социальной работы и медицинской психологии БГУ,  
кандидат медицинских наук, доцент *В. А. Доморацкий*

**Рекомендовано**

кафедрой социальной работы  
Государственного института управления и социальных технологий БГУ  
14 ноября 2003 г., протокол № 3

**Лисковский О. В.**

М42      Медицинская психология: Учеб.-метод. комплекс / О. В. Лис-  
ковский. – Минск: ФУСТ БГУ, 2003. – 114 с.  
ISBN 985-6705-62-2.

Учебно-методический комплекс предназначен для студентов заочной  
и дистанционной форм обучения Государственного института управления  
и социальных технологий. Предлагаемый материал изучается в 5 семестре  
3 курса.

**УДК 159.9:61(075.8)**

**ББК 88.4я73**

© Лисковский О. В., 2003

© ФУСТ БГУ, 2003

**ISBN 985-6705-62-2**

## ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Целью курса является:

- получение теоретических знаний об особенностях психики больных и инвалидов, необходимых социальному работнику для взаимодействия с ними;
- овладение навыками выявления психических отклонений, особенностей личности; умение устанавливать контакт с клиентами; решение практических вопросов их семейной и социальной жизни.

Задачи курса:

- овладение современным уровнем знаний об изменениях во всех сферах психической деятельности, наступающих в результате болезни и инвалидности;
- изучение узловой проблемы медицинской психологии "Личность и болезнь";
- приобретение знаний и умений правильного взаимоотношения с клиентами и их родственниками;
- освоение психологических навыков по уходу за больными и инвалидами, их реабилитация;
- знакомство с медико-психологическими аспектами психогигиены и психопрофилактики.

По итогам изучения курса сдается экзамен, условиями допуска к которому является посещение лекций, семинаров и практических занятий, подготовка доклада на семинаре и собеседование по предложенным преподавателем вопросам.

## ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

№ п/п	<i>Наименование тем</i>	<i>Всего</i>	<i>Лекций</i>	<i>Сем.</i>	<i>Контрольная самостоятельная работа</i>
1.	Медицинская психология, ее место среди других медицинских и социальных дисциплин	2	2		
2.	Нарушения ощущений и восприятия при различных заболеваниях	4	2		2
3.	Нарушения мышления и речи	4	2		2
4.	Эмоциональные расстройства. Нарушения волевых процессов	4	2		2
5.	Расстройства внимания и памяти	2	2		
6.	Нарушения интеллекта. Расстройства сознания	4	2	2	
7.	Проблема личности в медицинской психологии	2	2		
8.	Проблема личности в медицинской психологии (продолжение)	4	2	2	
9.	Психологические особенности разных возрастных периодов развития человека в аспекте отношения к болезни	2	2		
10.	Психология больного	4	2	2	
11.	Психология больного (продолжение)	2	2		
12.	Психология больного (заключение)	2	2		
13.	Психология медицинского и социального работника	2	2		
14.	Психология общения социального работника (врача) с больным и его родственниками. Навыки контакта	6	2	2	2
15.	Психология общения социального работника (врача) с больным и его родственниками. Навыки контакта (продолжение).	2	2		
16.	Психология работы с больными, испытывающими страх и тревогу	2	2		
17.	Психология работы с хроническими больными и умирающими. Психология повседневной работы по уходу за больными	4	2	2	
18.	Особенности работы с престарелыми. Психология больных и инвалидов с дефектами тела и органов чувств	6	2	2	2
19.	Медицинская психология при проведении врачебно-трудовой экспертизы. Психологический аспект процесса реабилитации больных	6	2	2	2
20.	Психологические проблемы психогигиены и психопрофилактики	2	2		2
	<i>Экзамен</i>	1			
	<b><i>Итого</i></b>	<b>67</b>	<b>40</b>	<b>14</b>	<b>14</b>

## ПРОГРАММА КУРСА

### ***Тема 1. Медицинская психология, ее место среди других медицинских и социальных дисциплин***

Медицинская психология как прикладная отрасль психологии. Предмет медицинской психологии (особенности психики больного, их влияние на здоровье и болезнь, обеспечение оптимальных психологических воздействий для восстановления и социальной адаптации). Связь с социологией, этикой, эстетикой. Основные разделы медицинской психологии: патопсихология, нейропсихология, психологическая трудовая экспертиза, реабилитация, психогигиена и психопрофилактика. Методы медицинской психологии (беседа, наблюдение, эксперимент).

### ***Тема 2. Нарушения ощущений и восприятия***

Расстройство ощущения и восприятия при функциональных нарушениях психики (анестезии, гиперестезии, гипоестезии, парестезии, сенестопатии, иллюзии, агнозии). Психологический компонент кожного зуда. Представление (воображение). Типы воображения, их значение для клинической практики.

### ***Тема 3. Нарушения мышления и речи***

Особенности расстройств мышления и речи при различных заболеваниях и состояниях. Навязчивые идеи. Сверхценные идеи. Ипохондрический синдром. Речевые нарушения (афазия, дизартрия, скандированная, смазанная, эксплозивная речь, персеверации, заикание). Исследование мышления. Тактика социального работника при выявлении расстройств мышления и речи.

### ***Тема 4. Эмоциональные расстройства, нарушения волевых процессов***

Возрастные и половые особенности эмоциональности. Эмоциональные реакции, эмоциональные состояния, эмоциональные отношения (чувства). Страх и тревога. Астенический синдром. Депрессия. Особенности эмоциональных нарушений при различных заболеваниях. Тактика социального работника при выявлении эмоциональных нарушений. Исследование эмоций и чувств.

Расстройство воли (абулия, гипобулия, гипербулия). Нарушение инстинктов (пищевого, полового, самосохранения). Суицидальные высказывания, суицидальные действия. Тактика социального работника при выявлении суицидальных намерений у пациентов.

### ***Тема 5. Расстройства внимания и памяти***

Особенности функций внимания у детей и пожилых. Нарушения активности, широты, переключаемости, устойчивости внимания при различных заболеваниях. Психологические тесты для определения состояния внимания (Бурдона, Шульте, Горбова, Мюнстерберга и др.).

Гипермнезия, гипомнезия. Амнезия (фиксационная, ретроградная, антероградная, аффектогенная). Парамнезии: псевдореминисценции, конфабуляции, криптомнезии.

Синдром Корсакова. Нарушения памяти при различных заболеваниях. Психологические тесты для определения состояния памяти. Учет расстройств памяти в деятельности социального работника.

### ***Тема 6. Нарушения интеллекта. Расстройства сознания***

Оценка интеллекта пациентов (при помощи целенаправленной беседы и психологических тестов). Умственная недостаточность. Психоорганический синдром, деменция. Учет умственных возможностей клиентов в деятельности социального работника. Оглушенное сознание (обнубиляция, сомноленция, сопор, кома). Помраченное сознание. Приемы выявления нарушений сознания. Доврачебная помощь. Тактика социального работника при обнаружении расстройств сознания.

### ***Тема 7. Проблема личности в медицинской психологии***

Подструктуры личности по К. К. Платонову (направленность, опыт, психические процессы, темперамент). Способности. Характер. Акцентуации характера. Расстройства личности (психопатии).

### ***Тема 8. Проблемы личности в медицинской психологии (продолжение)***

Личность как система отношений (к болезни, лечению, другим людям и т. д.). Самооценка и ее коррекция. Выработка мотивации на активное преодоление болезни и ее последствий. Методы исследования личности (история развития личности (биографический метод); интервью; экспериментально-психологические тесты и др.).

### ***Тема 9. Психологические особенности разных возрастных периодов развития человека в аспекте отношения к болезни***

Детский возраст (личностные реакции протеста, имитации, компенсации, гиперкомпенсации и др.).

Подростковый возраст (характерологические реакции эмансипации, группирования, хобби и др.).

Пожилой возраст (сужение круга интересов, консерватизм, эгоцентризм, заострение характерологических особенностей, склонность к ипохондрии, депрессии и др.).

### ***Тема 10. Психология больного***

Внутренняя (аутопластическая) картина болезни. Типы отношения к болезни. Сенсологический, оценочный типы отношения к болезни, этап формирования представления о заболевании. Компоненты личностного реагирования на болезнь в зависимости от ее характера (витальный, общественно-профессионально-трудовой, этический, эстетический и др.).

### ***Тема 11. Психология больного (продолжение)***

Типы отношения к болезни (адекватный, с переоценкой значимости болезни, недооценкой тяжести заболевания, отрицание болезни). Патологические типы отношения к болезни (депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический и др.). Роль преморбидно-личностных особенностей в формировании отношения к болезни. Механизмы психологической компенсации и защиты.

### ***Тема 12. Психология больного (заключение)***

Психологическая картина болезни на различных этапах заболевания (начальная стадия, разгар болезни, хроническое течение, выздоровление (полное или с инвалидизацией)). Выработка адекватного отношения к болезни и лечению.

### ***Тема 13. Психология медицинского и социального работника***

Вопросы деонтологии. Облик современного медицинского и социального работника (широкое образование, компетентность, авторитет, скромность, оптимизм, правдивость, справедливость, гуманизм, конфиденциальность и т. д.).

Типы медсестер (социальных работников): рутинер, артистический тип, нервный тип, мужеподобный тип, материнский тип, специалист.

Типы врачей (социальных работников) с точки зрения эмпатии и способности общению (сопереживающий, эмоционально-нейтральный, директивный, недирективный). Профессиональная психическая деформация. Ятрогении, дидактогении.

***Тема 14. Психология общения социального работника (врача) с больным и его родственниками. Навыки контакта***

Виды общения. Познавательный аспект интервью. Эмоциональный аспект интервью. Тактика социального работника (врача) в интервью. Общая структура интервью. Формы контакта. Характер заболевания и тип контакта. Особенности работы с родственниками больных.

***Тема 15. Психология общения социального работника (врача) с больным и его родственниками. Навыки контакта (продолжение)***

Интерперсональные навыки взаимоотношений "социальный работник – пациент" (активное слушание, эмпатия, речь, невербальные коммуникации).

Навыки сбора информации (открытые вопросы, прояснение, управление беседой, суммирование). Навыки передачи информации и обучения пациента.

***Тема 16. Психология работы с больными, испытывающими страх и тревогу***

Выявление и оценка тревоги у пациента (выслушивание, спрос, оценка, обследование, информирование). Связь между информированностью и тревогой. Психологические и вегетативные (объективные) признаки тревоги. Классификация тревожных расстройств. Методы помощи и профилактики: дидактические (разъяснение, просвещение); психотерапевтические (беседа, десенсибилизация, релаксация); социальные (работа с семьей).

***Тема 17. Психология работы с хронически больными и умирающими. Психология повседневной работы по уходу за больными***

Критерии изменения личности при хроническом заболевании. Особенности изменения личности при различных заболеваниях. Реакции на опасность и близость смерти. Психологическая помощь умирающему. Поведение в отношении родственников умирающего (умершего). Психология воздействия лекарств. Плацебо-эффект. Психология боли, ее коррекция социальным работником. Помощь при расстройствах сна. Контроль за приемом пищи. Работа с родными и близкими больных. Контакт социального работника со структурами медицинской и социальной помощи.



***Тема 18. Особенности работы с престарелыми. Психология больных и инвалидов с дефектами тела и органов чувств***

Учет психофизических особенностей старых людей. Оценка когнитивных способностей (Ньюкаслская шкала и др.). Социально-психологические конфликты старости. Поддержание привычной среды, психогигиенического режима для лиц преклонного возраста – уважение, забота, уход. Занятость, трудотерапия. Обучение родственников старых пациентов. Направление пациента в больницу и дом престарелых.

Психология слепых. Психология глухих и тугоухих. Реакции больных на повреждение лица и тела. Психология больных с кожными заболеваниями. Особенности психического развития при детских церебральных параличах. Отношение к "сексуальному" и "интеллектуальном" дефектам.

***Тема 19. Медицинская психология при проведении врачебно-трудовой экспертизы. Психологический аспект процесса реабилитации больных***

Виды экспертиз, участие в них психолога. Личностный подход в экспертной практике. Установка индивида, проходящего экспертизу, установка эксперта, особенности контакта в процессе экспертизы при вынесении экспертного заключения и даче трудовых рекомендаций. Разновидности трудовой мотивации. Аггравация, симуляция, диссимуляция.

Основные принципы и психологические цели реабилитации. Психологические задачи на этапах реабилитации. Изучение социальной компетентности личности и ее коррекция с учетом задач и результатов восстановительного лечения. Терапевтическая среда, ее оптимизация. Микросоциальное окружение, изменение в нужном для реабилитации больного направлении. Роль трудовой реабилитации. Психологические критерии и методы оценки эффективности лечебно-реабилитационных воздействий.

***Тема 20. Психологические проблемы психогигиены и психопрофилактики***

Определение понятия "здоровье". Психогигиена воспитания. Психогигиена обучения. Психогигиена труда. Психогигиена семьи. Психогигиена пожилых. Здоровый образ жизни. Психопрофилактика. Психопрофилактика невротических расстройств (устранение психотравмирующих факторов, совершенствование личности). Медикаментозные и психотерапевтические методы коррекции нарушений.

## ПЛАН СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

### *Тема. Нарушение интеллекта*

#### *Вопросы*

1. Определение понятия "интеллект".
2. Значение для интеллекта функций памяти, мышления, внимания.
3. Оценка интеллекта при помощи целенаправленной беседы.
4. Оценка интеллекта при помощи психологических тестов (IQ, Равена и др.)
5. Умственная недостаточность.
6. Снижение интеллекта (деменция).
7. Применение краткой Ньюкаслской шкалы для суждения о состоянии интеллекта.
8. Учет умственных возможностей клиентов в деятельности социального работника.

#### *Литература*

1. Лекции.
2. Банщиков В. М. Медицинская психология / В. М. Банщиков, В. С. Гуськов, И. Ф. Мягков. М., 1967.
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практич. руководство / В. Д. Менделевич. М., 1999.
4. Медицинская психология: Учеб. пособие. Минск, 2001.

### *Тема. Проблема личности в медицинской психологии*

#### *Вопросы*

1. Подструктура личности по К. К. Платонову (направленность, опыт, психические процессы, темперамент).
2. Личность как система отношений (к болезни, лечению, другим людям).
3. Самооценка и ее коррекция.
4. Выработка мотивации на активное преодоление болезни и ее последствий.
5. Акцентуации характера, их значение для возникновения и клинической картины болезни.
6. Расстройства личности.
7. Методы исследования личности (биографический, экспериментально-психологические и др.).

#### *Литература*

1. Лекции.
2. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. Л., 1982.
3. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. Прага, 1980.

4. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практич. руководство / В. Д. Менделевич. М., 1999.
5. Медицинская психология: Учеб. пособие. Минск, 2001.
6. Платонов К. К. Методические проблемы медицинской психологии / К. К. Платонов. М., 1977.

***Тема. Психология общения социального работника (врача) с больными и его родственниками. Навыки контакта***

*Вопросы*

1. Тактика социального работника (врача) в беседе.
2. Общая структура беседы.
3. Основные формы контакта.
4. Особенности работы с родственниками больных.
5. Интерперсональные навыки взаимоотношений "социальный работник – пациент" (активное слушание, эмпатия, речь, невербальные коммуникации).
6. Навыки сбора информации (открытые вопросы, прояснение, управление беседой, суммирование).
7. Навыки передачи информации и обучения пациента.

*Литература*

1. Лекции.
2. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практич. руководство / В. Д. Менделевич. М., 1999.
3. Медицинская психология: Учеб. пособие. Минск, 2001.
4. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. Л., 1984.
5. Харди Н. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / Н. Харди. Будапешт, 1972.

***Тема. Психология повседневной работы по уходу за больными***

*Вопросы*

1. Психология воздействия лекарств (плацебо-эффект).
2. Психология боли и ее коррекция социальным работником.
3. Помощь при расстройствах сна.
4. Контроль за приемом пищи.
5. Уход за немощными больными.
6. Работа с родными и близкими больных
7. Контакт социального работника со структурами медицинской и социальной помощи.

*Литература*

1. Лекции.
2. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. Л., 1982.
3. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. Л., 1984.
4. Харди Н. Врач, сестра, больной. Психология работы за больными / Н. Харди. Будапешт, 1972.

### ***Тема. Особенности работы с престарелыми***

#### *Вопросы*

1. Психологические особенности пожилого и старческого возраста.
2. Оценка когнитивных способностей (Ньюкаслская шкала и др.).
3. Социально-психологические конфликты старости.
4. Правила общения с пожилыми пациентами.
5. Поддержание привычной среды, психогигиенического режима для лиц преклонного возраста.
6. Обучение родственников старых пациентов.
7. Направление пациента в больницу и дом престарелых.

#### *Литература*

1. Лекции.
2. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. Л., 1982.
3. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. Прага, 1974.
4. Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. М., 1984.
5. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практич. руководство / В. Д. Менделевич. М., 1999.
6. Медицинская психология: Учеб. пособие. Минск, 2001.
7. Харди Н. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / Н. Харди. Будапешт, 1972.

### ***Тема. Психология больных и инвалидов с дефектами тела и органов чувств***

#### *Вопросы*

1. Психология слепых.
2. Психология глухих и тугоухих.
3. Реакция больных на повреждение лица и тела.
4. Психология больных с кожными заболеваниями.
5. Особенности психического развития при детских церебральных параличах.
6. Отношение к "сексуальному" и "интеллектуальному" дефектам.

#### *Литература*

1. Лекции.
2. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. Л., 1982.
3. Квасенко А. В. Психология больного / А. В. Квасенко, Ю. Б. Зубарев. Л., 1980.
4. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. Прага, 1974.
5. Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. М., 1984.
6. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практич. руководство / В. Д. Менделевич. М., 1999.
7. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. М., 1987.

### ***Тема. Психологический аспект процесса реабилитации больных***

#### *Вопросы*

1. Основные принципы и психологические цели реабилитации.
2. Психологические задачи на этапах реабилитации.
3. Изучение социальной компетенции личности и ее коррекция с учетом задач и результатов восстановительного лечения.
4. Терапевтическая среда, ее оптимизация.
5. Изменение микросоциального окружения больного в нужном для реабилитации направлении.
6. Роль трудовой реабилитации.
7. Критерии и методы оценки эффективности лечебно-реабилитационных воздействий.

#### *Литература*

1. Лекции.
2. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов. Л., 1985.
3. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. Л., 1982.
4. Квасенко А. В. Психология больного / А. В. Квасенко, Ю. Б. Зубарев. Л., 1980.
5. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. Прага, 1974.
6. Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. М., 1984.
7. Лежепекова Л. Н. Психогигиена и психопрофилактика в работе практического врача / Л. Н. Лежепекова, Б. А. Якубов. Л., 1982.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практич. руководство / В. Д. Менделевич. М., 1999.
9. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. Л., 1984.

### **СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Банщиков В. М. Медицинская психология / В. М. Банщиков, В. С. Гуськов, И. Ф. Мягков. М., 1967.
2. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. Л., 1982.
3. Квасенко А. В. Психология больного / А. В. Квасенко, Ю. Б. Зубарев. Л., 1980.
4. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. Прага, 1974.
5. Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. М., 1984.
6. Лежепекова Л. Н. Психогигиена и психопрофилактика в работе практического врача / Л. Н. Лежепекова, Б. А. Якубов. Л., 1982.
7. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практич. руководство / В. Д. Менделевич. М., 1999.
8. Медицинская психология: Учеб. пособие. Минск, 2001.
9. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. М., 1987.
10. Платонов К. К. Методические проблемы медицинской психологии / К. К. Платонов. М., 1977.
11. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. Л., 1984.
12. Харди Н. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / Н. Харди. Будапешт, 1972.

## ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. Медицинская психология. Предмет и задачи.
2. Расстройства ощущений и восприятия при функциональных нарушениях психики.
3. Нарушения мышления при различных заболеваниях и состояниях.
4. Расстройства речи.
5. Эмоциональные расстройства при различных заболеваниях (страх, тревога, фобии, депрессия).
6. Тактика социального работника при выявлении эмоциональных нарушений.
7. Нарушения двигательного-волевого процессов.
8. Тактика социального работника при суицидальных высказываниях, намерениях, действиях.
9. Расстройства внимания.
10. Нарушения памяти, их значение при работе социального работника с больными.
11. Выявление расстройств памяти при беседе и при помощи психологических тестов.
12. Нарушения интеллекта (умственная недостаточность, деменция).
13. Оценка состояния интеллекта при беседе и при помощи психологических тестов.
14. Учет умственных возможностей клиентов в деятельности социального работника.
15. Расстройства сознания, приемы их выявления. Тактика поведения социального работника при обнаружении расстройств сознания.
16. Проблема личности в медицинской психологии.
17. Акцентуации характера и их значение в возникновении и течении заболеваний.
18. Расстройства личности (психопатии).
19. Выработка мотивации на активное преодоление болезни и ее последствий.
20. Методы исследования личности.
21. Психологические особенности детского возраста и отношение к болезни.
22. Характерологические реакции подросткового возраста.
23. Психологические особенности пожилого возраста и отношение к болезни.
24. Внутренняя картина болезни.
25. Этапы формирования отношения к болезни (сенсологический, оценочный, отношения к болезни).
26. Компоненты личностного реагирования на болезнь в зависимости от ее характера.

27. Типы отношения к болезни (адекватный, с переоценкой значимости, с недооценкой, отрицание).
28. Патологические типы отношения к болезни (депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический и др.).
29. Механизмы психологической компенсации и защиты в структуре болезни.
30. Психологическая картина болезни на различных этапах заболевания (начальная стадия, разгар болезни, хроническое течение, выздоровление, инвалидизация).
31. Психологическая реабилитация больных и инвалидов.
32. Психология медицинского и социального работника. Выработка необходимых личностных качеств.
33. Психологические типы медицинских сестер, врачей и социальных работников.
34. Профессиональная психическая деформация, пути ее предупреждения.
35. Ятрогении, дидактогении.
36. Психология общения социального работника (врача) с больным. Познавательный и эмоциональный аспект беседы.
37. Общая структура беседы социального работника с клиентом.
38. Особенности работы с родственниками пациентов.
39. Интерперсональные навыки взаимоотношений "социальный работник – пациент"
40. Навыки сбора информации.
41. Навыки передачи информации и обучения.
42. Психология работы с больными, испытывающими страх и тревогу.
43. Психологические и вегетативные (объективные) признаки тревоги.
44. Методы помощи тревожным больным и профилактика возникновения тревоги.
45. Психология работы с хронически больными и умирающими.
46. Изменения личности при хронических заболеваниях.
47. Реакции пациента на опасность и близость смерти.
48. Психология повседневной работы по уходу за больными. Помощь при боли, расстройствах сна.
49. Особенности работы с престарелыми.
50. Правила общения с пожилым пациентом.
51. Психология больных и инвалидов с дефектами тела и органов чувств.
52. Медицинская психология при проведении врачебно-трудовой экспертизы.
53. Аггравация, симуляция, диссимуляция.
54. Основные принципы и психологические цели реабилитации.
55. Психологические задачи на этапах реабилитации.

56. Изучение социальной компетенции личности и ее коррекция с учетом задач и результатов восстановительного периода.
57. Роль трудовой реабилитации.
58. Психологические критерии и методы оценки эффективности лечебно-реабилитационных воздействий.
59. Психогигиена и психопрофилактика.
60. Психогигиена воспитания.
61. Психогигиена обучения.
62. Психогигиена труда.
63. Психопрофилактика невротических расстройств.
64. Вопросы деонтологии в практике социального работника.



## **КУРС ЛЕКЦИЙ**

### **Лекция 1. Медицинская психология, ее место среди других медицинских и социальных дисциплин**

Для психолога, работающего в медицине, и социального работника, имеющего дело с измененной болезнью личностью, необходимо знание медицинской (клинической) психологии. Медицинская психология возникла из психологии как ответ на потребности клинической практики. Цельное представление о больном человеке невозможно без знаний о природе психологических процессов, происходящих в результате болезни, их учет необходим для успешного лечения и последующего социально-психологического восстановления.

Таким образом, предметом медицинской психологии являются особенности психики больного, (процессы, состояния, особенности личности), их влияние на здоровье и болезнь, обеспечение оптимальных психологических воздействий, направленных на восстановление психического здоровья и социальную адаптацию. Болезнь, ее последствия всегда затрагивают социальный статус человека, отсюда вытекает связь медицинской психологии с социологией, обезображивающие последствия ряда заболеваний ведут к изменению эстетических оценок и сопутствующим переживаниям. Взаимоотношения больного с медицинским персоналом, психологом, социальным работником лежит в русле этических и правовых проблем.

Медицинская психология, несомненно, связана и с педагогикой, т. к. изучает закономерности созревания психических функций здорового и больного ребенка, развитие индивидуальности для оптимального обучения, воспитания, профессионального образования и психологической коррекции.

Традиционно выделяют следующие разделы медицинской психологии: патопсихология, нейропсихология, психологическая трудовая экспертиза, реабилитация, психогигиена и психопрофилактика.

*Патопсихология*, согласно Б. В. Зейгарник (1976), изучает закономерности болезненных изменений психической деятельности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме.

"Задача *нейропсихологии* – это изучение мозговых основ психической деятельности человека с привлечением новых, психологических методов для топической диагностики локальных поражений мозга" А. Р. Лурия (1973).

*Психологическая трудовая экспертиза* – важнейший раздел медицинской психологии, позволяющий оценить возможности инвалида в трудоустройстве по той или иной специальности (подробнее см. лекц. 19).

*Реабилитация* – системная деятельность, направленная на восстановление личного и социального статуса больного (полного или частичного) особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность, лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий М. М. Кабанов, 1978 (подробнее см. лекц. 19).

*Психогигиена, психопрофилактика и психотерапия* – обширные разделы медицинской психологии, без которых немислимо сохранение психического здоровья и предупреждение с помощью психологических и психотерапевтических методов расстройств психической деятельности (подробнее см. лекц. 20).

К методам медицинской психологии относятся правильно построенная, дающая информацию о психическом состоянии и особенностях личности, *беседа* (интервью), сочетающаяся с *наблюдением* (фиксацией объективных признаков), а также *эксперимент*.

При помощи беседы медицинский психолог не только отмечает наличие тех или иных психических особенностей в настоящее время, но и пользуется биографическим методом (собирает анамнез жизни и болезни у пациента и его родственников). Этот метод является основным для изучения преморбидной (доболезненной) личности. Специфической разновидностью метода наблюдения является изучение продуктов деятельности (литературное и художественное творчество, результаты труда и т. д.). Может учитываться также метод самонаблюдения (интроспекции), конечно, носящий субъективный характер и метод социологического анкетирования, во многом опирающийся на самонаблюдение опрашиваемого.

Экспериментальное исследование проводится при помощи психологических методов, которые условно могут быть разделены на *нестандартизованные* и *стандартизированные*.

Нестандартизованные методы представлены, в первую очередь, набором патопсихологических методик (Рубинштейн С. Я., 1970, Зейгарник Б. В., 1976 и др.), избирательно направленных на выявление конкретных нарушений психической деятельности (например, памяти, внимания) у обследуемого. Психологическое заключение основывается не столько на количественном результате, сколько на качественном анализе способов деятельности, характерных особенностях самого процесса выполнения работы в целом, а не отдельных заданий. Учитывается также отношение пациента к исследованию, его состояние, уровень развития и др. Это позволяет выявить как измененные, так и оставшиеся сохранными психические функции.

Стандартизированные методы (тесты) чаще направлены на выявление свойств личности и определение уровня интеллекта. Они унифицированы, стандартизированы, нормализованы, валидизированы. Оцен-

ка выполнения основывается преимущественно на количественных результатах, сравниваемых с результатами контрольной выборки.

Стандартизированные методики уступают в своей диагностической ценности нестандартизированным, они часто используются в дополнение к патопсихологическим методикам, применение тестов адекватно при массовых исследованиях, при экспресс-диагностике в условиях дефицита времени.

Оценка психологического состояния обследуемого – ответственная задача, она не должна базироваться на результатах, полученных каким-то одним методом. Психолог должен стремиться сопоставить, взаимодополнить, проверить данные, полученные при беседе, наблюдении и эксперименте.

## ***Лекция 2. Нарушения ощущений и восприятия***

Приступая к изучению традиционных для психологии отдельных психических функций, необходимо постоянно иметь в виду, что психический акт един – все психические процессы (ощущение, восприятие, мышление, эмоции и т. д.) взаимосвязаны и находятся под интегрирующим влиянием личности, обуславливающей индивидуальность реагирования на явления внутренней среды организма и окружающего мира.

В курсе медицинской психологии мы не будем касаться расстройств, относящихся к "большой" психиатрии, и только по мере необходимости будем обращаться к вопросам, входящим в компетенцию других дисциплин (общей психологии, психофизиологии, психотерапии и т. д.).

*Ощущение* – это отражение отдельных свойств объектов действительности, непосредственно действующих на органы чувств (свет, тепло, звук, прикосновение и т. д.).

*Восприятие* – воспроизведение в сознании целостных объектов действительности во всей совокупности их свойств (например: свет, тепло, треск, ожог от костра). Восприятие индивидуально и зависит от прошлого опыта, заинтересованности, эмоционального состояния, особенностей анализаторов чувств конкретного человека.

Только у детей, в самом начале познавательной деятельности, сложный процесс восприятия состоит из отдельных актов элементарных ощущений. Однако с первых дней жизни ребенок начинает этот мир не только обозревать, но и ощупывать. Возникают связи между зрительным, кожным, двигательным анализаторами, формируется и ежедневно обогащается жизненным опытом обычное для человека восприятие окружающего. Взаимоотношения между анализаторами достаточно сложны. Например, если наряду с каким-либо раздражителем начинает действовать другой, более сильный, то новый раздражитель своей силой

начинает уменьшать интенсивность предыдущего (например, плачущего ребенка можно успокоить, если включить громкую музыку). И, наоборот, при воздействии более слабого раздражителя наша восприимчивость повышается (так, некоторые студенты во время учебы включают негромко говорящее радио, или после сладкого менее сладкое вещество воспринимается кислым).

В клинике невротических расстройств встречаются *анестезии*, *гипоэстезии* – отсутствие и снижение чувствительности, *гиперэстезии* – повышение чувствительности, *парэстезии* – искажение чувствительности (покалывание, жжение, "ползание мурашек" и др.). Подобные феномены, наряду с кожным зудом, который встречается при ряде кожных и обменных расстройств весьма характерны для истерических нарушений. Они не соответствуют зонам соответствующей иннервации ("перчатки", "чулки", "носки", "полосы") свидетельствуют о наличии психологического конфликта у личности с переносом его в соматическую сферу. Гиперэстезия также сопровождает все болезненные состояния (астенический синдром), раздражают обычные свет, звук, запахи, прикосновения. Больные становятся суетливыми, неусидчивыми, тревожными. *Сенестопатии* – неприятные, вычурные, без четкой локализации, мигрирующие ощущения (сдавление, распирающие, перекручивание и т. д.). Часто присутствуют в картине ипохондрического синдрома.

О значении в восприятии жизненного опыта, эмоционального состояния могут свидетельствовать *иллюзии* – искаженное восприятие реальных объектов. Например, в незнакомом месте, в полумраке пальто на вешалке может показаться затаившимся человеком. Иллюзии возникают в ситуациях напряженного ожидания, тревоги и недостатка информации.

Такая черта личности как способность к устойчивому, планомерному и целеустремленному восприятию называется наблюдательностью. Будущим психологам и социальным работникам крайне необходимо развивать это качество. *Представление* – образное воспоминание о ранее воспринимавшемся предмете, явлении. В отличие от непосредственного восприятия, представления носят обобщенный характер, они менее яркие, фрагментарны, изменчивы и всегда индивидуальны. Довольно редко встречается *эйдети́зм* – способность к абсолютно точной передаче в представлениях ранее бывшего восприятия. В детском возрасте эйдети́зм является обычным явлением.

*Воображение (фантазия)* представляет собой преобразование представлений, отражающих реальность и одновременно создание воображаемых связей. Фантазия – основа творчества. Воображение – необходимый компонент нормального психического развития ребенка в возрасте 3–7 лет, аналог мышления взрослого.

*Парэйдоллии* – сложные иллюзии, при которых в плывущих облаках, игре светотени, узорах ковра видятся сказочные сюжеты, является примером работы воображения. Тест Роршаха, в сущности, основан на парэйдоллиях, толкованиях пятен, исходя из личных впечатлений.

*Агнозия* – неузнавание ранее известного. Чаще возникает при органическом поражении головного мозга, однако может носить и функциональный характер при истерических (диссоциативных) расстройствах.

В практике психолога большое значение имеют знания об индивидуальных особенностях функционирования сенсорных анализаторов. Так, в зависимости от преобладания представлений в этом или ином органе чувств выделяют:

- визуальный (зрительный) тип. При учебе такой индивид представляет себе страницы учебника, проектирует свои представления в пространстве;
- аудиальный (слуховой) тип. Владелец этого типа представляет себе тембр голоса человека, о котором он думает, ритм и течение его речи, учится вслух или тихонько проговаривает слова, если нет возможности произносить их громко;
- моторный (кинестетический) тип проектирует свои представления в область движений. Музыкальный ритм такой человек выстукивает пальцами или ногой. Наиболее ярким примером этого типа являются танцоры, художественные гимнастки, которые каждое, даже самое сложное представление, способны выразить движением. В своей речи представители разных типов непроизвольно используют много слов, относящихся к своей ведущей анализаторной системе: "увидел", "слышу", "двигаюсь" и т. д.

Определение индивидуального типа представлений, так называемой репрезентативной системы, поможет в учебе, в выборе профессии, психотерапевтическом воздействии (нейролингвистическое программирование).

### **Лекция 3. Нарушения мышления и речи**

*Мышление* – активный, творческий психический процесс познания действительности при помощи абстрактных категорий, выраженных языковыми символами. В отличие от чувственной ступени познания реальности, оно оперирует обобщенными свойствами предметов и явлений окружающего мира, создавая новые, более глубокие знания.

Основные *формы* мышления – понятие, суждение, умозаключение – рассматриваются формальной логикой и подчиняются ее законам. Различают последовательно развивающиеся в онтогенезе виды мышления: наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое.

В процессе общения людей, благодаря речи (письму), происходит понимание мыслей друг друга, передача знаний, осуществляется необходимое воздействие. Мышление каждого конкретного человека сугубо индивидуально и является результатом действия множества факторов: наследственности, воспитания, возраста, пола, профессии, болезней и др.

Б. В. Зейгарник (1962, 1964, 1986) выделила четыре основных нарушения мышления:

- 1) операционной стороны мышления;
- 2) личностного компонента мышления;
- 3) динамики мыслительных процессов;
- 4) процесса саморегуляции познавательной деятельности.

К нарушениям операционной стороны мышления относятся снижение уровня обобщений и искажение процесса обобщения. Клинически это проявляется *конкретностью мышления*, т. е. установлением сугубо конкретных ситуационных связей между предметами и явлениями с недостатком абстрагирования (умственная отсталость, эпилепсия, органические поражения головного мозга). Искажение процесса обобщения представлено *резонерством*, при котором происходит отрыв суждений человека от обычных, присущих конкретному опыту связей и они заменяются случайными, несущественными (латентными) признаками предметов или явлений. Процесс мышления представляет собой необоснованное теоретизирование по простым вопросам. Речь при этом становится вычурной, витиеватой (шизофрения, шизоидное расстройство личности).

Нарушения личностного компонента мышления проявляется разноплановостью, снижением критичности и саморегуляции. Происходит утрата целенаправленности мыслительного процесса.

Нарушения динамики мыслительных процессов представлены *лабильностью мышления*, неустойчивостью способов выполнения мыслительных операций, легким переходом от одного к другому (сосудистые заболевания головного мозга, маниакальные состояния) и *инертностью мышления*, при которой мыслительные процессы характеризуются тугоподвижностью, ригидностью, трудностью переключения (органические заболевания головного мозга, эпилепсия). В речи это проявляется обстоятельностью – застреванием на второстепенных деталях и персеверациями – повторами слов, оборотов.

Нарушения процесса саморегуляции познавательной деятельности выражается в невозможности целенаправленной организации своих мыслительных действий особенно в ситуациях неопределенности, затруднения выбора, конфликта.

К другим клинически значимым нарушениям мышления относятся: замедление мышления при депрессии, ускорение мышления при ма-

ниакальных состояниях, ментизм (непроизвольный наплыв мыслей) при астеническом синдроме.

В ситуации реальной или мнимой болезни могут возникнуть *навязчивые* и даже *сверхценные идеи* ипохондрического содержания.

Ипохондрические навязчивые идеи представляют собой непроизвольно возникающие помимо воли мысли о наличии какого-либо серьезного заболевания при объективном его отсутствии и критическом понимании больным нелепости таких идей. Временами эти мысли исчезают, но опять появляются при усталости, напряжении, психотравмирующих ситуациях. Подобные ипохондрические мысли могут носить и сверхценный характер в виде эмоционально насыщенных идей "несомненного" наличия заболевания с многократным посещением разных врачей, многочисленными лабораторными и инструментальными исследованиями, не выявляющими патологии. Несмотря на это, больные считают, что к ним недостаточно внимательно относятся, плохо обследуют и поэтому не могут выявить болезнь. Подобные убеждения могут вести к жалобам в вышестоящие инстанции (судяжное поведение), о чем всегда следует помнить практическому психологу и социальному работнику.

Как мы видим, расстройства мышления проявляются нарушениями речи. В дополнение к вышеуказанному можно говорить о *дизартрии* – спотыкании на слогах, скандированной, смазанной, эксплозивной (взрывной) речи при органических заболеваниях головного мозга. Особо необходимо остановиться на *афазии* – потере речи после нарушений мозгового кровообращения, часто встречающейся в практике социального работника, и *заикании*, нарушающем коммуникацию и тяжело переживаемым пациентом. Восстановление таких нарушений речи требует нейропсихологических знаний и логопедических навыков.

К методам исследования мышления относятся: *наблюдение* за деятельностью человека в различных естественных ситуациях, особенно в общении с другими людьми; *беседа*, позволяющая выявить отношение к ситуации; *представления* клиента о собственных мыслительных процессах (рефлексия); *оценка* собственных мыслительных возможностей (самооценка); *изучение* продуктов деятельности (дневников, писем, схем, зарисовок, приборов, строений и т. д.); *экспериментально-психологические исследования* (классификация предметов, исключение лишнего, толкование пословиц, пиктограммы, ассоциативный эксперимент, установление последовательности событий и др.).

Психолог (социальный работник), работая с пациентом, должен оценить стиль его мышления, существующие нарушения, чтобы адекватно вести себя и проводить лечебно-реабилитационные мероприятия.

## **Лекция 4. Нарушения волевых процессов. Эмоциональные расстройства**

Вся жизнь человека, в том числе и болезнь, окрашена эмоциональными проявлениями. Мы так или иначе относимся к окружающему миру и самому себе. В зависимости от удовлетворения или неудовлетворения наших потребностей возникают положительные или отрицательные эмоции. Эмоциональность зависит от наследственных факторов (темперамент), возраста, пола, воспитания и др. Известна яркая эмоциональность женщин и детей, тусклость проявлений эмоциональной жизни стариков, воспитанная сдержанность в проявлениях чувств у представителей различных сословий и культур (джентльмен, японец и др.). Объективизация эмоций происходит в мимике, пантомимике, речи, вегетативных проявлениях (частота пульса, дыхания, потоотделения и др.).

Различают: *эмоциональные реакции* – кратковременный аффективный отклик на волнующее событие; *эмоциональные состояния* – длительно существующий эмоциональный фон; *эмоциональные отношения* – чувства, возникающие в связи с ситуацией, к себе или кому-либо другому. В условиях болезни и лечебно-реабилитационного процесса присутствуют все вышеописанные феномены. Частым проявлением аффективных состояний как в норме, так и при патологии являются тревога и страх.

*Тревога* – неопределенное чувство угрозы, опасности в условиях недостатка информации. Является положительной, мобилизующей эмоцией, направленной на благоприятное для личности разрешение ситуации, но может быть и патологической – дезорганизирующей поведение.

*Страх (фобия)* – боязнь чего-либо конкретного (темноты, высоты, болезни, смерти, собаки и т. д.).

Предложены различные классификации тревоги и страха, обобщенные Х. Христозовым (1980). Выделяют следующие виды страха:

1. По *форме и оттенкам проявления*:

- страх астенический (оцепенение, слабость, нецелесообразность поступков);
- страх стенический (паника, бегство, агрессия);
- соответствующий и несоответствующий степени опасности;
- адекватный и неадекватный.

2. По *степени выраженности*:

- испуг (внезапный и кратковременный страх, возникающий при неожиданном и неприятном, но еще четко неосознаваемом изменении ситуации, угрожающем жизни или благополучию человека);



- боязнь (постепенно возникающее чувство страха, связанное с осознанием на протяжении длительного времени продолжающейся опасности, которая может быть устранена или на которую может быть оказано определенное воздействие);
- ужас (наивысшая степень страха, с характерным угнетением рассудочной деятельности – "безумный страх").

3. По форме проявления:

- страх витальный (переживание страха исходит из собственного тела, непосредственно из эмоциогенных систем головного мозга);
- страх реальный (опасность исходит из окружающего мира);
- моральный страх или страх совести (возникает в результате рассогласования первичных психических процессов и более дифференцированных стремлений).

4. По виду:

- осознаваемый генерализованный;
- осознаваемый локализованный;
- неосознаваемый генерализованный;
- скрытый локализованный страх.

5. По этапам развития:

- нерешительность;
- неуверенность;
- смущение;
- боязливость;
- тревога;
- страх;
- ужас.

В структуре тревожно-фобических расстройств выделяют три основных нарушения:

- а) *аффективное* – чувство опасности;
- б) *интеллектуальное* – неуверенность;
- в) *волевое* – нерешительность.

Х. Христозов рассматривает следующие патологические формы страха:

- *навязчивый* (фобия) – возникает иногда в связи с определенной ситуацией, с осознанием абсурдности;
- *ипохондрический* – возникает в ситуации, связанной с ипохондрическими переживаниями, без критического отношения;
- *психотический* – появляется в связи с депрессивно-параноидными переживаниями или как диффузный страх.

В картине любой болезни всегда присутствует *астенический синдром*. Он характеризуется легким возникновением раздражительности, быстрой сменой эмоций – *эмоциональной лабильностью*, нарастающей слабостью, а при тяжелых и длительных болезнях – безразличием к окружающему и своей судьбе (*апатия*). При сосудистых заболеваниях известна раздражительность больных гипертонической болезнью, *слабодушие* (недержание эмоций) у больных атеросклерозом. У некоторых больных может возникнуть *эйфория* – благодушное, бездеятельное, чрезмерно веселое, неадекватное ситуации настроение. Подобное эмоциональное состояние встречается при интоксикациях алкоголем и наркотиками, кровопотерях и кислородной недостаточности, в предагональный период и при выздоровлении.

К наиболее распространенным эмоциональным расстройствам относится *депрессия* – пониженное настроение, тоска. Депрессия может быть спутником многих заболеваний, особенно хронических. Депрессия проявляется в виде различных синдромов: астено-депрессивного, депрессивно-фобического, депрессивно-апатического. Депрессия является астенической эмоцией, ослабляющей защитные силы организма, может вести к суицидальным мыслям, поэтому ее ликвидация входит в комплекс первостепенных терапевтических задач. Поведение социального работника (психолога) не должно вызывать отрицательных эмоций у пациентов, оно должно способствовать атмосфере оптимизма относительно исхода болезни. Правильное разъяснение присутствующих болезненных симптомов ведет к снижению тревоги и страха. Эмоциональная поддержка предупреждает появление чувства безысходности.

Исследование состояния эмоциональной сферы пациентов включает наблюдение за мимическими реакциями, позой, жестами, речью, вегетативными реакциями. Необходимы также навыки владения психологическими тестами для выявления тревоги (Спилбергера, Шихана, Тейлора, Люшера и др.) и депрессии (Гамильтона, Бека и др.)

Вся деятельность человека пронизана волевыми усилиями. На каждом шагу мы совершаем действия, которые часто не делали бы, однако совершаем их, руководствуясь личной и общественной необходимостью (потребностями). Таким образом, *воля* – это сознательное направление своих умственных и физических усилий на достижение цели. Потребности человек субъективно переживает в виде влечений и желаний. *Влечение* – неосознанное стремление к чему-либо или кому-либо. *Желание* – осознанное стремление к определенной цели. Влечение базируется на инстинктах, которые в процессе общественного развития индивида приобретают характер социально-обусловленных высших влечений, регулируемых сознательными усилиями. В результате изъятий воспитания, болезней не происходит социализации инстинктов или они обнажаются и искажаются.

К расстройствам пищевого инстинкта относятся: *булимия* – прожорливость (при эндокринных и органических мозговых расстройствах) и *анорексия* – отсутствие потребности в пище (при депрессии, как навязчивые или сверхценные идеи).

Расстройства инстинкта самосохранения представлены ипохондрическими опасениями болезни и смерти, самотравматизацией и суицидами.

Среди нарушений полового инстинкта (рассматриваемых в курсе психиатрии) остановим свое внимание только на усилении полового влечения, встречающегося при опухолях гипофиза, и ослаблении, сопровождающем все хронические болезни (астенический синдром), депрессию и неврозы.

В детской клинической практике отмечаются и другие расстройства влечений, такие как обгрызание ногтей (онихофагия), выщипывание волос и бровей (трихотилломания), обкусывание и облизывание губ, обсасывание пальцев, свидетельствующие о невротическом состоянии. Внезапными немотивированными действиями являются также стремление к бродяжничанию (дромомания) и стремление к поджогам (пиромания).

Волевая сфера в рамках познавательных процессов представлена мотивационным аспектом. Начальным пунктом волевого акта является мотив (побуждение) – то, ради чего, ради удовлетворения какой потребности совершается действие. Далее определяется цель, происходит борьба противоречивых мотивов, принимается решение, осуществляется выбор пути достижения цели. Заключительным этапом волевого акта является исполнение (поступок).

В условиях болезни имеют место снижение волевых побуждений (*гипобулия*) и даже их отсутствие (*абулия*) из-за астении, депрессии, апатии.

*Гипербулия* – повышение волевой активности, нередко носит неадекватный ситуациям характер и проявляется сверхценными и паранойяльными идеями (ипохондрическими, сутяжными, реформаторства, изобретательства и др.).

Некоторые свойства личности имеют прямое отношение к волевым процессам. Так, нерешительность затрудняет выбор (врача, лечения и др.), отсутствие настойчивости не позволяет довести дело до конца, выполнять врачебные назначения, преодолевать болезнь, самостоятельность подразумевает способность принимать решения, не поддаваться чужому влиянию. К качествам воли, связанным с торможением нежелательных психических реакций, действий, относятся: самообладание при психотравмирующих событиях, выносливость и терпение к боли, дисциплинированность (в процессе лечения и реабилитации).

В клинической практике имеет значение и нарушение структуры иерархии мотивов. Суть нарушения заключается в отклонении форми-

рования иерархии мотивов от естественных и возрастных особенностей потребностей. Так, например, естественный для детского возраста интерес к играм, фантазиям, приключениям выглядит нелепо у стариков. При сверхценных идеях доминирующая потребность (например, коллекционирование) занимает неподобающе значимое место в иерархии ценностей человека, направляющего на ее реализацию все финансовые и временные ресурсы в ущерб более значимым потребностям (полноценному питанию, семейному общению, служебному росту и др.).

Примером эстетических потребностей, ставших патологическими (сверхценными), может служить и нервная *анорексия* – сознательное исхудание, вплоть до кахексии, ради соответствия стандартам подиумной модели (явление достаточно распространенное среди девушек). Мотив коррекции "недостатка своей внешности" превращается в доминирующий в специфических условиях подросткового возраста. Приобретая смыслообразующую функцию, он удовлетворяет ряд кардинальных потребностей личности подростка, таких как: стремление заслужить одобрение сверстников, занять среди них высокую позицию, строить свое поведение в соответствии со своими собственными требованиями и пр. Поглощающая все борьба с весом ведет к затруднению и искажению других существенных для подросткового возраста потребностей, прежде всего учебной и общения.

К важнейшим, в силу социальной значимости, расстройствам волевых процессов относится суицидальное поведение. Оно не только может быть преждевременным финалом жизни человека, но и является психотравмирующим событием для близких суицидента, людей, оказывающих ему помощь (врачи, психологи, социальные работники), а также получает общественный резонанс.

Различают:

- намеренное лишение себя жизни – суицид (самоубийство);
- парасуицид (суицидальную попытку) – не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление, которое преследует самые разные для личности цели. Это может быть: а) неудачная реализация желания умереть; б) попытка манипуляции окружающими (шантаж); в) "крик о помощи", г) амбивалентные колебания между жизнью и смертью, смысл которых не совсем осознается пострадавшим.

Суицидальным попыткам часто предшествует разной длительности период размышлений о малой ценности жизни, фантазии и мысли о собственной смерти, подготовка плана самоубийства. До самого последнего момента перед суицидальным актом человек колеблется между "за" и "против". Это всегда проявляется в суицидальных высказываниях чело-

века (прямых и косвенных), изменениях его поведения и отношения к окружающим. Знание социальным работником (психологом) этих предикторов суицидального поведения повышает шансы предотвращения печального исхода.

Среди многочисленных причин суицидального риска следует указать:

- на депрессию;
- алкогольную зависимость;
- расстройства личности;
- тяжелые хронические заболевания, особенно в пожилом возрасте, ведущие к инвалидизации, ограничению срока жизни, а также неизлечимые;
- психотравмирующие ситуации (смерть близких, развод, жизненный крах и др.);
- одиночество.

Социальный работник (психолог) должен учитывать эти состояния, а также обратить внимание на следующее:

- потерю интереса к обычным занятиям, увлечениям;
- подготовку завещания;
- раздачу долгов и любимых вещей;
- высказывания ("не хочу быть больше обузой", "лучше не жить, чем так страдать", "теперь я больше никого не побеспокою" и т. п.).

Следует контролировать прием медикаментов для предотвращения их накопления с суицидальной целью.

При выявлении суицидальных намерений или совершенной суицидальной попытки необходимо обеспечение непрерывного наблюдения за пациентом, проведение психологически поддерживающей беседы, информирование родственников, обеспечение консультации психиатра.

### **Лекция 5. Расстройства внимания и памяти**

*Вниманием* в психологии называется направленность психических процессов на определенные объекты окружающего мира и собственные представления, мысли, переживания. Без внимания невозможна правильная оценка действительности, запоминание и воспроизведение, мыслительные процессы, деятельность человека. Физиологической основой внимания является устойчивый очаг оптимального возбуждения, доминанта в коре полушарий головного мозга при торможении окружающих участков коры.

Различают *непроизвольное (пассивное)* и *произвольное (активное) внимание*. Как произвольное, так и непроизвольное внимание имеют селективный, избирательный характер.

Непроизвольное внимание осуществляется непреднамеренно, без волевых усилий и представляет собой ориентировочный рефлекс на раздражители, имеющие значение для организма (например, выстрел, внезапное появление автомобиля). Обычно, оно вызывается раздражителями достаточной силы, но может появиться и вследствие воздействия слабого раздражителя – в том случае, когда таковой появляется неожиданно. Например, непроизвольное (вначале!) внимание больного может быть привлечено шепотной речью врачей (психологов), говоривших в его присутствии до этого достаточно громко.

Произвольное внимание предусматривает сознательное, волевое, избирательное сосредоточение на каком-то объекте. Оно является основным в деятельности человека и требует воспитания и тренировки.

На процесс внимания существенное влияние оказывают следующие факторы: тип высшей нервной деятельности – темперамент; навыки и умения в данной сфере; заинтересованность человека в той или иной деятельности (аффективная вовлеченность).

К основным свойствам внимания относятся:

- устойчивость;
- объем;
- способность к распределению;
- переключаемость;
- концентрация.

Под устойчивостью понимается возможность длительного сосредоточения на каком-то одном объекте. Объем внимания характеризуется количеством объектов (в среднем 5–7), которые оно захватывает. Умение одновременно следить за несколькими объектами и выполнением различных операций отражает способность к распределению внимания, а сознательное быстрое переключение внимания с одного объекта на другой – способность к переключаемости. Концентрация внимания на какой-то определенной деятельности в ущерб остальным внешне проявляется сосредоточенностью.

На функцию внимания влияют как внешние, так и внутренние условия.

Для поддержания внимания имеют значение интенсивность и новизна раздражителей, их контрастность. Известно влияние на состояние внимания алкоголя, голода, переедания, эмоциональных состояний.

Характерны особенности внимания в полярные возрастные периоды – детский и старческий. Так, для детей свойственны неустойчивость, преобладание непроизвольного внимания над произвольным. В клинической практике эти особенности принимают характер болезненных симптомов при синдроме дефицита внимания (гиперкинетическом синдроме), свойственном детям с минимальной мозговой дисфункцией. Основными признаками этого состояния являются:

- беспокойные движения в кистях и стопах (сидя на стуле, корчатся, "извиваются");
- невозможность спокойно сидеть на месте, когда это требуется;
- легкая отвлекаемость на посторонние стимулы;
- нетерпеливость (с трудом дожидается своей очереди во время игр и в различных ситуациях в коллективе);
- склонность отвечать не задумываясь, не выслушав до конца вопрос;
- сложности при выполнении предложенных заданий (не связанные с недостаточным пониманием или негативным поведением);
- сложности сохранения внимания при выполнении заданий или во время игр;
- частый переход от одного незавершенного действия к другому;
- невозможность играть тихо и спокойно;
- болтливость;
- склонность мешать другим, "приставать" к окружающим (например, вмешиваться в игры других детей);
- внешние проявления несосредоточенности на обращенную к человеку речь;
- склонность терять вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, карандаши, книги и т. п.);
- частое совершение опасных действий (недоучет последствий), при этом не ищет острых ощущений (например, перебегает улицу, не оглядываясь по сторонам).

В пожилом возрасте внимание характеризуется снижением устойчивости, слабой интенсивностью концентрированного внимания и еще более слабой его переключаемостью – так называемая стариковская рассеянность.

Можно сказать, что внимание в различных своих проявлениях страдает при всех заболеваниях.

Расстройства внимания отражаются в ряде типичных жалоб больных: трудность сосредоточения на каком-либо вопросе или задаче; легкая отвлекаемость; ошибки в работе (счете, письме); "механическое" чтение, без проникновения в смысл прочтенного; рассеянность и т. д.

Наличие астенического синдрома, присущего всем соматическим болезням, ведет к *истощаемости* активного внимания, снижению его устойчивости, произвольной переключаемости. Очень тяжелая болезнь полностью нарушает способность сосредотачиваться (*апрозексия*). Расстройства внимания в виде неустойчивости внимания, неспособности к длительной его концентрации обычны для больных с травматическими и сосудистыми заболеваниями головного мозга. Для больных церебральным атеросклерозом характерна также повышенная отвлекаемость. Локальные поражения лобных долей головного мозга ве-

дут к персеверации одного и того же действия, переключение внимания на другую операцию затруднено.

При ипохондрических и депрессивных состояниях внимание патологически сконцентрировано на болезненных мыслях (*гиперпрозексия*), поэтому психологу (социальному работнику) надо быть осторожным в высказываниях и поведении, которые могут быть неправильно интерпретированы поглощенными своими переживаниями больными. В практике врачебно-трудовой экспертизы при интеллектуальном снижении порой трудно привлечь внимание инвалида (*притупление внимания*), часто сужается объем внимания.

Для верификации выявленных клинических расстройств внимания существуют проверенные и подтвердившие свою эффективность экспериментально-психологические методики.

*Таблицы Шульте* – последовательное отыскивание случайно расположенных чисел от 1 до 25, в условиях ограниченного времени позволяют сделать заключения об объеме внимания, его устойчивости, истощаемости, способности к концентрации.

При изучении переключаемости внимания используется усложненный вариант таблиц Шульте – *методика Шульте-Горбова*. В этом случае цифры в таблицах окрашены в черный и красный цвета. Испытуемый показывает, к примеру, черные цифры от 1 до 25 и параллельно красные от 25 до 1.

Устойчивость внимания чаще всего определяется по "*корректирующей пробе*". Наиболее распространенный ее вариант – *таблицы Бурдона-Анфимова*, представляющие собой бланки с напечатанными в случайном порядке буквами (или цифрами). Испытуемый должен зачеркивать одну или две-три буквы, цифры. Учитывается время (6–8 минут) и число ошибок.

*Методика Мюнстерберга* предназначена для определения избирательности внимания. Она представляет собой буквенный текст, среди которого имеются слова. Задача испытуемого – как можно быстрее, считывая текст, подчеркнуть эти слова. Нормативное время – 2 минуты. Регистрируется количество ошибок (пропущенные или неправильно выделенные слова).

К важнейшим психическим функциям, позволяющим человеку адекватно взаимодействовать с окружающей действительностью, относится память. **Память** (мнестические процессы) заключается в способности запечатлевать (фиксация), удерживать (ретенция), воспроизводить (репродукция), узнавать и забывать.

По времени удержания информации различают *кратковременную* и *долговременную память*.

Процесс запоминания может быть произвольным и произвольным (с участием волевого усилия). Произвольное запоминание может



быть механическим или осмысленным (с установлением логических связей между запоминаемым материалом). У разных людей, в зависимости от типа сигнальной системы, преобладают наглядно-образная память (лучше запоминаются образы, формы, звуки, цвет и т. д.) или абстрактно-логическая память (лучше запоминаются слова, смысл, символы и т. д.). Эмоциональный тип памяти означает сохранение или воспроизведение пережитых человеком чувств.

В зависимости от степени участия в процессе запоминания и воспроизведения тех или иных органов чувств различают следующие виды памяти:

- зрительную;
- слуховую;
- моторную (двигательную);
- обонятельную;
- вкусовую;
- осязательную.

Психофизиологической основой памяти являются ассоциации (связи): по смежности (в пространстве или во времени), по сходству, по контрасту.

Память отдельных людей отличается быстротой и объемом запоминания, прочностью сохранения, точностью воспроизведения, готовностью воспроизвести нужный материал, именно тогда, когда он требуется.

Состояние мнестических функций колеблется в зависимости от множества причин – утомления, недосыпания, эмоций, значимости результата для достижения поставленных целей, болезней и др.

Расстройства памяти могут касаться всех ее компонентов. Мнестические нарушения наиболее типичны для экзогенно-органических поражений головного мозга (инфекций, интоксикаций, черепно-мозговых травм, сосудистой патологии). Клинические проявления расстройств памяти зависят от очага поражения головного мозга, распространенности и характера патологического процесса. Вместе с тем нарушения памяти могут носить и функциональный характер (при неврозах, эмоциональных расстройствах).

Классификация расстройств памяти включает:

- гипермнезию;
- гипомнезию;
- амнезию;
- парамнезии (псевдореминисценции, конфабуляции, криптомнезии).

*Гипермнезия (усиление)* – достаточно редкое явление, присущее людям с эйдетическими способностями, которое также поддерживается

тренировкой памяти и применением мнемотехнических приемов за счет улучшения запоминания и воспроизведения, при стимуляции психической активности психотропными веществами (кофе, алкоголь, гормоны и т. п.). При патологических состояниях (маниакальное, инфекционное) нестойкое улучшение памяти обусловлено усилением репродукции.

*Гипомнезия* – ухудшение памяти, характерное для астенических состояний, являющихся непременным атрибутом всех соматических заболеваний, особенно при явлениях церебрального атеросклероза. Здесь страдает фиксация материала и отмечается невозможность что-либо вспомнить.

*Амнезия* – выпадение памяти на какой-то период времени. Может быть аффектогенной, связанной с вытеснением неприятных для личности воспоминаний (диссоциативные и конверсионные расстройства). Наиболее часто является следствием нарушений сознания в результате черепно-мозговых травм, сосудистых нарушений, интоксикаций, удушья, утопления, остановки дыхания и др. Наиболее известны следующие клинические формы амнезии:

- *фиксационная* (нарушения непосредственного запоминания);
- *репродукционная частичная* или избирательная (затруднения в воспроизведении либо припоминании отдельных событий) и *общая* (отсутствие воспоминаний всех событий, какого-то прошлого отрезка времени);
- *общая прогрессирующая* – нарастающее забывание своих мыслительных операций, затем – расположения событий и фактов во времени, самих событий и фактов, эмоциональных отношений, жизненных навыков и привычек;
- *ретроградная* – забывание событий, предшествующих болезни;
- *антероградная* – отсутствие воспоминаний на период после выхода из состояний нарушения сознания.

*Парамнезия* – это нарушение распределения припоминаемых событий во времени и пространстве, искажение ранее пережитых реальных событий, замещение пробелов памяти домыслами (фантазиями), отчуждение воспоминаемых переживаний от собственного жизненного опыта или присвоение чужого. При *псевдореминисценциях* происходит ошибка во времени – ранее пережитое относится не к тому времени, когда это событие произошло. *Конфабуляциями* (вымышленными воспоминаниями) заполняются периоды амнезии. В случаях *криптомнезии* ранее лично пережитое воспоминается как чужое, либо, наоборот, слышанное и виденное воспоминается как лично пережитое (феномены "уже виденного" и "никогда не виденного").

Амнезии и парамнезии в совокупности образуют картину корсаковского амнестического синдрома, впервые описанного выдающимся

русским психиатром С. С. Корсаковым у больных алкоголизмом. Дальнейшее изучение данного синдрома показало возможность его возникновения при всех органических заболеваниях головного мозга. Массивные расстройства памяти нарушают социальную адаптацию больного из-за *амнестической дезориентировки*.

Для выявления расстройств памяти порой достаточно внимательной беседы с клиентом. Правильно и корректно поставленные вопросы о месте жительства, возрасте близких, датах событий из личной жизни, значимых исторических событиях, владение соответствующими опыту и профессии знаниями позволяют вынести суждение о состоянии мыслительных функций обследуемого.

Более точные данные о степени и особенностях расстройств памяти достигаются применением патопсихологических тестов. Наиболее часто используется *методика запоминания десяти слов*, суть которой заключается в определении способности к непосредственному краткосрочному или долговременному произвольному запоминанию десяти несвязанных между собой слов после четырех-, пятикратного повторения сразу и через один час. Другая популярная *методика исследования опосредованного запоминания (пиктограмма)*, включает в себя предъявление испытуемому для запоминания 10–15 понятий, которые он должен изобразить рисунком, позволяющим впоследствии (через час) вспомнить зашифрованные понятия.

При помощи психологических методик хорошо выявляется ослабление способности к запоминанию к концу исследования при астенических состояниях, присущих всем соматическим болезням, за счет истощаемости больных. При олигофрении наблюдается равномерное снижение непосредственной и оперативной памяти. При деменции в пожилом возрасте нарушается механическая и ассоциативная память, резко выражены расстройства запоминания.

Социальный работник (психолог) должен оценить степень мнестических расстройств клиента и учитывать их в своей практической деятельности. Могут пригодиться практические советы для улучшения запоминания. Так, надо попытаться пробудить интерес клиента к выполнению какого-либо задания; делать акцент на начале и конце необходимого указания ("эффект края"); повторять с интервалами необходимый для запоминания материал; использовать дублирующую слова зрительную информацию; вырабатывать и поддерживать стереотипы поведения и др.

## **Лекция 6. Нарушения интеллекта. Расстройства сознания**

В медицинской психологии часто употребляется понятие интеллект.

***Интеллект** – это интегративная, психическая функция, включающая всю совокупность познавательных процессов человека, основным из которых является мыслительная способность.*

Другими важными предпосылками интеллекта являются:

- внимание;
- память;
- воля.

Согласно Векслеру, *"интеллект – это глобальная способность действовать разумно, рационально мыслить и хорошо справляться с жизненными обстоятельствами"*.

Оптимальная адаптация человека к различным ситуациям, а также способность переделывать окружающую действительность под себя – неперемный атрибут хорошего интеллекта.

В практике социального работника (психолога) жизненно необходимо оценить интеллектуальные способности пациента (клиента) для осознания его возможностей следовать терапевтическим и реабилитационным программам.

Определить примерный уровень интеллекта больного (инвалида) можно уже в результате целенаправленной беседы (интервью) на основании богатства лексики, формулирования жалоб, учета ситуации, уровня знаний, понимания подтекста, юмора и т. д.

Задаваемые вопросы, советы и рекомендации, объяснение характера заболевания должны соответствовать пониманию и знаниям пациента (клиента). Следует помнить, что человек с низким интеллектом зачастую не может правильно описать свои жалобы, проблемы, сформулировать просьбы. Нередко в силу непонимания он может акцентировать свое внимание на второстепенных признаках.

В соответствии с умственным уровнем применяются дополнительные психологические тесты, позволяющие уточнить степень и характер снижения интеллекта. Необходимо конструировать задания так, чтобы для их решения использовались аналитико-синтетические операции мышления – сравнение, противопоставление, обобщение, установление аналогий, выделение существенного признака, последовательность суждений, абстракция, конкретизация. Применяются следующие психологические методики:

- исключения (даются карточки с изображением четырех предметов, один из которых, неподходящий по смыслу необходимо исключить);
- образование простых аналогий (испытуемому предлагается установить логические связи в отношении двух понятий и подобрать тождественное по смыслу отношение из ряда данных);

- понимание сюжетных картин (выделяет ли исследуемый существенные детали картины и определяет ли ее основное содержание);
- осмысливание рассказов (осмысливается ли сюжет рассказа, понимается ли его скрытый переносный смысл);
- установление последовательности событий по картинкам (для связного рассказа о событии);
- обобщение понятий и содержание обобщающих понятий (назвать разные предметы одним словом);
- противоположные понятия (предполагается дать противоположные по смыслу понятия, предложенные психологом);
- сходство и различия понятий (предлагается определить сходство и различия между понятиями и предметами);
- понимание переносного смысла (пословицы, поговорки, метафоры);
- классификация (образование групп однородных предметов).

Для интегральной оценки интеллекта применяются тесты Векслера, Равена и др. Наибольшей популярностью пользуется методика Векслера, состоящая из 11 субтестов: 6 *вербальных* – общая осведомленность (30 вопросов); понятливость; арифметика; сходство; аналогии; словарь; повторение цифр и 5 *невербальных* – недостающие детали; последовательные картинки, кубики, сложение фигур, кодировка, лабиринт.

Результаты исследуемого сравниваются со средними результатами его возрастной и профессиональной группы и выражаются в процентах – так называемый *коэффициент интеллектуальности (IQ)*. Нормальный средний уровень интеллекта находится в пределах 116–84 %. Коэффициент выше 116 % свидетельствует о высоком интеллекте, а менее 84 % – о низком.

IQ менее 70 % свидетельствует об умственной отсталости (олигофрении).

Тест прогрессивных матриц Равена состоит из 60 заданий, распределенных по 5 усложняющимся сериям (сетам). В каждом сете представлено 12 матриц с геометрическим фоном и пустым окном, в которое надо вставить один из 6 вариантов изображений, соответствующих геометрическому фону матрицы. Результаты оцениваются по количеству правильно подобранных недостающих фрагментов по каждому заданию. Выделяется пять степеней развития интеллекта по тесту Равена:

*1 степень* – более 57 правильных ответов (баллов), т. е. более 95 % – особо высокий уровень интеллекта;

*2 степень* – от 45 до 57 баллов (65–94 %) – интеллект выше среднего;

*3 степень* – от 15 до 45 баллов (25–74 %) – интеллект средний;

*4 степень* – от 3 до 15 баллов (5–24 %) – интеллект ниже среднего;

*5 степень* – менее 3 баллов (5 %) – интеллектуальный дефект.

Социальному работнику (психологу) придется иметь дело с людьми, у которых имеется недостаточность интеллекта. Среди населения достаточно распространенным состоянием (до 3,5 %) является *врожденная умственная неполноценность (олигофрения)* – патология интеллекта, выражающаяся в недоразвитии главным образом мышления, носящая необратимый, постоянный на протяжении жизни характер. Мышление такого человека носит конкретно-образный характер, у него затруднено абстрагирование, поэтому умственно отсталые несостоятельны в понимании нюансов межличностных отношений, в обучении сложным навыкам, прогнозировании последствий своих действий т. д. Социальному работнику (психологу) следует учитывать особенности их мышления и при работе с олигофрениками ориентироваться больше на показ, повтор необходимых операций для выработки социально правильных стереотипов поведения.

По международным стандартам при IQ = 50–70 % имеет место легкая умственная отсталость (дебильность), при IQ меньше 50 % – средняя (имбацильность), а при IQ меньше 30 % – глубокая (идиотия).

Недоразвитие интеллекта встречается и при задержках психического развития вследствие психофизического инфантилизма, при котором суждения, умозаключения, как и поведение в целом, незрелы и наивны; хронических истощающих заболеваний; нарушениях развития речи; у слабо видящих и глухих; при семейно-педагогической запущенности. Эти задержки могут сглаживаться при медико-педагогической коррекции или оставаться в виде пограничной умственной отсталости.

Приобретенное вследствие болезней, поражающих головной мозг (инфекции, интоксикации, травмы и т. д.), слабоумие называется *деменцией*. Начальные проявления деменции – психоорганический синдром – характеризуется заострением личностных особенностей (психопатизация), неадекватностью эмоций, тенденцией к обстоятельности и конкретности мышления, прямолинейностью суждений, снижением критики. По мере нарастания ослабумивающих органических мозговых процессов расстройства интеллекта приобретают более грубый характер со снижением памяти, нарушением способности к ориентировке, трудностью фиксации внимания, нелепыми высказываниями, расстройствами навыков письма, счета, чтения, недооценкой своего дефекта.

Социальному работнику (психологу) следует помнить, что похожую картину снижения интеллектуальных функций могут дать обратимые депрессивные расстройства и истерические состояния псевдодеменции в результате психотравмирующих обстоятельств.

Простейшим методом диагностики деменции является беседа с пациентом, в которой выявляются его умственные возможности: способность назвать число, месяц, год, свой возраст, адрес, членов своей семьи и т. д. Психологические тесты указывают на тенденцию к излишней кон-

кретизации и детализации мышления, снижение уровня обобщения, нарастающую психическую истощаемость (увеличение времени выполнения заданий, числа ошибок), персеверативные ответы, соскальзывание на привычные ассоциации, забывание предыдущего результата, замена нужных ассоциаций случайными и др. Деменция является необратимым состоянием, свидетельствующем о несостоятельности индивида. Подобные люди нуждаются в оформлении группы инвалидности через МРЭК и проведении социальным работником реабилитационных мероприятий с поддержанием остаточных автоматизированных навыков (умение одеваться, питаться, совершать гигиенические процедуры и т. д.).

Сознание, как и интеллект, является интегративной психической функцией.

**Сознание** – высшая форма активного отражения объективной действительности, как окружающего, так и самого себя.

*Индивидуальное сознание* – результат социального развития человека, усвоения им общественно выработанных представлений, понятий, взглядов и норм.

*В структуру сознания*, по классификации А. В. Петровского и М. Г. Ярошевского (1977), входят:

- 1) важнейшие познавательные процессы (ощущения, восприятие, запасы памяти, мышление и воображение);
- 2) способность различать субъект и объект (самосознание и сознание окружающего мира);
- 3) способность обеспечения целеполагающей деятельности (волевой, целенаправленной, критически оцениваемой);
- 4) отношение к реальной действительности, ее переживание.

Основными *характеристиками* сознания считают:

- степень его ясности (уровень бодрствования);
- объем (широта охвата явлений окружающего мира и собственных переживаний);
- содержание (полнота, адекватность и критичность оценки используемых запасов памяти, мышления, эмоционального отношения);
- непрерывность (способность осознания и оценки прошлого, настоящего и будущего).

В психической деятельности участвуют и неосознаваемые процессы. Согласно В. Вундту (1862) выделяют три взаимодействующих уровня:

- 1) сознательный (осознаваемое активное содержание мыслей и переживаний);
- 2) подсознательный (содержание, переходящее в подходящий момент на сознательный уровень);

3) бессознательный (инстинктивные механизмы и личное бессознательное, неосознаваемая мотивация аффективных и других общих реакций).

3. Фрейд и его последователи в психической деятельности главную роль отводят *бессознательному*, отрицая решающее значение активного сознания.

С философских позиций все состояния, искажающие отражение действительности, являются расстройствами сознания (например, недостаток интеллекта). Однако с медицинской точки зрения к расстройствам сознания принято относить лишь те нарушения, при которых в первую очередь страдает ориентировка в месте, времени и собственной личности.

В клинической практике для более полного определения патологии сознания руководствуются критериями К. Яспера (1913):

1) неотчетливость, затруднение, фрагментарность или полная невозможность восприятия окружающего;

2) дезориентировка в месте, времени, ситуации;

3) ослабление и даже исключение способности к суждениям;

4) затруднение запоминания текущих событий и собственных переживаний, отрывочность или отсутствие воспоминаний о периоде помрачения сознания.

При всех острых, тяжелых и затяжных заболеваниях в той или иной мере изменяется деятельность сознания. Выделяют "простые", "количественные" нарушения сознания – *оглушение* и "качественные", "сложные" – *помрачение*.

*Оглушенное* сознание характеризуется повышением порогов раздражения, заторможенностью, неотчетливостью восприятия. Разновидностями (ступенями, стадиями) оглушенного сознания являются: обнубляция, сомноленция, сопор, кома.

Под *обнубляющей* понимают колеблющееся по интенсивности легкое затемнение в сознании, с затруднением оценки ситуации, понимания смысла происходящего и чужой речи.

Под *сомноленцией* понимают сонливое состояние с замедленностью психических процессов (ответы после паузы, непонимание сложных вопросов, необходимость повышать голос).

При *сопоре* больной не отвечает на вопросы, но сохранены рефлексы (болевого, зрачковый), а при коме рефлексы отсутствуют, нарушается дыхание и сердечная деятельность, страдает мозг.

*Кома* – критическое состояние, граничащее со смертельным исходом.

Социальному работнику необходимо владеть приемами доврачебной помощи – искусственным дыханием "рот в рот", непрямой массаж сердца. В случаях констатации оглушенного сознания необходимо вызвать скорую помощь.



*Помраченное сознание* в отличие от оглушенного характеризуется наличием психотических расстройств (галлюцинаций, бреда), дезориентировкой в месте, времени, собственном "я", амнезией. Синдромы помрачения сознания (делириозный, онейроидный, аментивный, сумеречного расстройства сознания) подробно изучаются в курсе психиатрии.

При изучении медицинской психологии мы только кратко остановимся на приемах выявления нарушений сознания и тактике социального работника при их обнаружении. О наличии расстройства сознания говорит растерянность больного, мимика недоумения, неуверенные ответы на вопросы, иногда вопросительные, прерывающиеся молчанием. Отмечаются спонтанные высказывания, теряется ориентировка в ситуации (дома может совершать профессиональные рабочие действия, отдавать команды). Поведение неадекватное: больной разговаривает с галлюцинаторными образами, закрывает уши, куда-то пристально всматривается, с опаской пробует пищу, принимает и т. д. Психомоторно возбужден, может быть агрессивен.

Состояние помраченного сознания больного может колебаться в своей интенсивности и временами больной как бы возвращается к правильному пониманию окружающего, не совершает нелепых поступков. В такой ситуации для выявления скрытой галлюцинаторной активности могут быть применены пробы: *Липмана* – при надавливании на закрытые глаза спрашивают испытуемого, что он видит; *Ашафенбурга* – больному предлагается разговаривать по отключенному телефону; *Рейхардта* – просят читать на чистом листе бумаги.

Больные с нарушением сознания социально опасны, их поступки непредсказуемы, определяются галлюцинациями, бредом, аффектами. Подобное состояние требует неотложной госпитализации в психиатрическую больницу путем вызова психиатрической бригады скорой медицинской помощи.

### **Лекция 7. Проблема личности в медицинской психологии**

*Личность* – центральная проблема медицинской психологии. Предболезненные (преморбидные) свойства личности, отношение к болезни, лечению, восстановлению после перенесенного заболевания и многие другие явления, связанные с ней, играют громадную роль в успешности терапии и реабилитации. Только через личность, с учетом ее особенностей, установив с ней доверительные отношения, можно воздействовать на личностные установки в ситуации болезни, формировать терапевтический союз для достижения оптимального лечебного результата.

Во взглядах на сущность личности существует множество взаимоисключающих определений. Однако большинство исследователей склоняются к ее социальной сущности, т. е. ее приобретенном в процес-

се воспитания и самовоспитания в общественной среде характере. Каждая личность уникальна по своим биологическим задаткам и жизненному опыту и в тоже время несет в себе общие черты, присущие обществу, в котором она живет.

*Личность* – это относительно устойчивая система социально значимых черт, позволяющая познавать и преобразовывать себя и окружающий мир. Стать личностью – означает, во-первых, занять определенную жизненную (нравственную) позицию; во-вторых, в достаточной степени осознать ее и нести за нее ответственность; в-третьих, утверждать ее своими поступками и делами (Б. С. Братусь).

Личность – сложное социально-психологическое образование, имеющее общую структуру, в которую могут быть уложены любые индивидуальные и типовые структуры. Единой структуры личности, принятой всеми психологами нет, каждый из них акцентирует внимание на тех или иных составляющих. Мы придерживаемся взглядов на этот вопрос К. К. Платонова (1977), как наиболее разработанных и обоснованных, с нашей точки зрения.

К. К. Платонов выделяет подструктуры направленности, опыта, психических процессов, темперамента.

*Направленность* – наиболее социально обусловленная подструктура, сформированная в результате воспитания. Направленность – устойчивая, доминирующая система мотивов, интересов, убеждений, идеалов, вкусов и т. д., в которых проявляют себя потребности индивида. Они относительно независимы от ситуации, в них отражается мировоззрение человека, что проявляется главными тенденциями поведения. Именно направленность служит основной опорой психотерапевтических мероприятий, и в этом ее важное значение для медицинской психологии.

Вторая подструктура объединяет навыки, знания, умения и привычки, приобретенные в личном *опыте* путем обучения, уже с заметным влиянием биологической обусловленности входящих в нее свойств личности. Ее иногда называют индивидуальной культурой или подготовленностью, и в этих аспектах она имеет значение для медицинской психологии.

Третья подструктура объединяет индивидуальные особенности *психических процессов* (ощущения, восприятия, мышления, памяти, эмоций, воли), имеющих биологическую основу, но преломленных через социальные потребности личности. Свойства этой подструктуры личности, взаимодействуя с тремя остальными подструктурами, формируются путем упражнения.

Последняя, четвертая подструктура – биологическая, объединяет свойства *темперамента*, т. е. характеристику индивида со стороны нервно-динамических особенностей ее деятельности. Нужные черты,

входящие в эту подструктуру, формируются с большим трудом путем тренировки.

Другими подструктурами личности являются способности и характер.

*Способности* – психические свойства, являющиеся условиями успешного выполнения какого-либо одного или нескольких видов деятельности. Различают *природные*, биологически обусловленные, связанные с врожденными задатками способности и специфические *человеческие* способности, имеющие общественно-историческое происхождение.

В свою очередь специфические человеческие способности разделяют на *общие* (умственные способности, развитые память и речь, точность и тонкость движений и др.) и *специальные*, определяющие успехи человека в отдельных видах деятельности и общения (математические, художественные, музыкальные, спортивные, коммуникационные и др.).

*Характер* – это совокупность индивидуально сложившихся в процессе социализации и ставших устойчивыми стереотипов поведения, штампов эмоциональных реакций, стиля мышления, зафиксированная в привычках и манерах система взаимоотношений с окружающими.

Все подструктуры личности взаимосвязаны, проникают друг в друга и при наличии широкого многообразия людей представляют собой уникальные наборы различных убеждений и интересов, опыта и знаний, способностей и умений, темперамента и характера. Именно поэтому непросто избегать несовпадений, противоречий и даже конфликтов с другими людьми. Чтобы более глубоко понять себя и других, социальному работнику нужны определенные психологические знания в сочетании с наблюдательностью.

Из всех подструктур личности особого внимания заслуживает характер. Характер – это каркас личности, в который входят только наиболее выраженные и тесно взаимосвязанные свойства личности, отчетливо проявляющиеся в адекватных и неадекватных формах поведения. Постоянно вести себя адекватно меняющимся жизненным ситуациям способен человек с гармоничным характером, т. е. характером, позволяющим без эмоционального напряжения избегать конфликтов с окружающими и самим собой. К гармоничным чертам характера относят:

- адаптивность;
- зрелость;
- здравомыслие;
- гибкость;
- реализм в оценке окружающих;
- реальность самооценки;
- самостоятельность;
- автономность;
- естественность;

- самоуважение;
- способность к проблемной центрации;
- разумное сочетание эгоистических и альтруистических целей и др.

Соответственно, признаками дисгармоничного характера, при котором есть сложности с социальной адаптацией, являются противоположные черты: инфантилизм, не здравомыслие, ригидность, отсутствие реализма в оценке окружающих, нереальность самооценки, несамостоятельность, зависимость, неестественность, крайние варианты отношения к себе (самоунижение, самовосхваление), центрация на несущественных параметрах, эгоцентризм и др.

Значение дисгармоничной личности для медицинской психологии обусловлено неизбежностью для социального работника иметь дело с различными людьми – не только характерологически сбалансированными, но и акцентуированными, и психопатическими личностями. *Акцентуации характера* – гипертрофированное развитие отдельных черт характера в ущерб остальным. Это может нарушить устойчивость личности при неблагоприятных социальных воздействиях, обращенных к ее наиболее слабым, ранимым местам. Акцентуации характера – это крайние варианты нормальных типов характера. Распространенность их достаточно велика (от 20 до 50 % популяции). *Психопатия* (расстройство личности) – аномалия характера, в основном в эмоционально-волевой сфере, серьезно нарушающая адаптацию человека в окружающей социальной среде. Болезни, трения и конфликты в процессе лечебного и реабилитационного процессов могут вызвать декомпенсацию психопатий, обусловить сложности работы с такими пациентами.

В психологии существует большое число типологий характера. Для задач медицинской психологии более подходит клиническая типология характеров, представленная типами, выделенными на основании преобладания тех или иных качеств и свойств, а также их специфического сочетания с указанием на преобладающий характерологический радикал. Традиционно наиболее часто выделяют следующие типы характера: истерический, шизоидный, эпилептоидный, психастенический, паранойяльный, которые могут быть как нормальными, так и акцентуированными и психопатическими. Некоторые исследователи приводят и другие клинические типы характеров, однако, в конечном счете, их можно свести к вышеприведенным основным.

Кратко остановимся на особенностях типов характера, позволяющих социальному работнику (психологу) провести диагностику и с учетом выявленных характерологических черт предвидеть поведение клиента и продуктивно строить свои отношения с ним.

Сутью демонстративного *истерического типа* является эгоцентричность, стремление всегда быть в центре внимания окружающих,

всегда занимать ведущие позиции и получать подкрепление своей завышенной значимости и уникальности со стороны других. Неудовлетворение этих потребностей ведет к обвинению окружающих, конверсионным расстройствам (различным признакам мнимых болезней).

*Шизоидному типу* свойственны склонность к одиночеству, замкнутость, сниженная способность к сопереживанию, нелюбовь к смене обстановки, эксцентричность внешности, поведения, высказываний.

*Эпилептоидный тип* характеризуется склонностью к длительному застреванию на каких-то обидах, замедленностью и тугоподвижностью мышления, педантизмом, аккуратностью, бережливостью, аффективными взрывами и конфликтностью.

*Психастенический тип* (ананкастный, обсессивно-компульсивный) представлен такими чертами характера как застенчивость, нерешительность, заниженная самооценка, мнительность, тревожность, ипохондричность, стремление к самокопанию и др.

*Астенический тип* имеет такие свойства как пассивность, повышенная утомляемость, неуверенность в своих силах, подчиняемость, повышенная эмотивность.

*Паранойяльный тип* отличается от других чрезмерной чувствительностью к неудачам, аффективной ригидностью, подозрительностью, склонностью к образованию доминирующих и сверценных идей, "борьбой за правду" и т. д.

## **Лекция 8. Проблема личности в медицинской психологии (продолжение)**

Как видно из вышеизложенного, проблема личности очень сложна и еще далека от своего окончательного общепринятого разрешения. Среди большого числа существующих теорий личности как зарубежных, так и отечественных, мы придаем особое значение *теории отношений личности* В. Н. Мясищева. Эта теория личности является хорошей научной базой многих практических положений медицинской психологии. Психологические отношения человека представляют целостную систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными сторонами действительности. Эта система вытекает из личного жизненного опыта человека, он избирательно и приоритетно выбирает, с кем и как взаимодействовать, на каком эмоциональном уровне, как долго и т. д., т. е. он активно регулирует степень контактов с окружающими. Типичные отношения постоянно реализуются в общественном поведении, закрепляются в образе жизни, переходят в черты характера (А. Ф. Лазурский). Болезнь как стрессовая ситуация в жизни пациента изменяет систему значимых отношений личности к себе, своему здоровью, семье, трудовым и социальным достижениям и др. Для достижения

успеха терапии и реабилитации необходимо выяснить особенности отношений больного к болезни, лечению, членам семьи и коллегам по работе, его ценностные ориентации и т. д.

В структуре отношений особенно важной является *самооценка* (адекватная, завышенная, заниженная, колеблющаяся). У большинства людей проявляется тенденция оценивать себя по различным качествам чуть выше среднего. *Самоуважение* – один из истоков психологической устойчивости, хорошего настроения. В условиях болезни, при наличии определенных характерологических черт, самооценка может изменяться. Завышенная самооценка присуща демонстративным личностям, они чрезмерно обидчивы, нетерпимы к малейшим замечаниям, конфликтны. При заниженной самооценке, характерной для лиц с тревожным, застревающим и педантичным типами акцентуации характера, постоянно присутствуют пониженное настроение, неуверенность в своих силах, несамостоятельность, чрезмерная зависимость от других. Значительное расхождение между представлениями пациента о самом себе и оценкой его окружающими может быть причиной серьезных внутренних и внешних трудностей. Особенности самооценки должны учитываться при проведении терапевтических и реабилитационных мероприятий (изменение представлений о реальном "Я" в адекватном направлении).

Помимо системы отношений в структуру личности, предложенной В. Н. Мясищевым, входят еще три компонента: психический уровень личности, динамика реакций и переживаний личности, архитектура личности.

*Психический уровень* включает в себя идейный уровень активности – конкретно-личный, повседневно-бытовой, элементарно-витальный, патологическое заострение или недостаточность в какой-либо области; ум – его развитие и особенности, уровень функционально-психических особенностей – восприятия, памяти и пр.; способности и их развитие; волевые качества. Необходимо учитывать достигнутый уровень психического развития, а также условия, в которых он был бы достигнут (высокий – даже при неблагоприятных условиях, низкий – даже при условиях благоприятных). Определить уровень развития личности – это значит ответить на вопросы о способностях и психическом развитии человека. Социальному работнику (психологу) важно учитывать уровень психического развития для правильных коммуникаций в целях осуществления доступных для клиента реабилитационных задач.

*Динамика реакций и переживаний личности (темперамент)* характеризуется активностью (ее степенью, областью проявления активности, видом деятельности с оптимальной и минимальной активностью и пр.) и реактивностью (ее степенью, повышенной или пониженной эмоциональной возбудимостью, нормальной или патологической реактивностью и относительной степенью эмоциональной выраженности

(тревога, страх, недовольство, гнев, радость, снижение и притупление эмоциональности и др.), нервно-психическим тонусом-состоянием, настроением и пр.

*Архитектоника личности* – это соотношение психических свойств в их единстве. Сюда относятся пропорциональность и непропорциональность свойств психики, наличие или отсутствие доминирующих отношений (интересов, потребностей, перевес идейно-общественных побуждений над личными или обратное, гармоничность, цельность или внутренняя противоречивость личности, ее широта и глубина). Понятие "архитектоника личности" (по В. Н. Мясищеву) близко к понятию "структурно-характерологические особенности личности". Говоря о том, что характер как психическое своеобразие человека определяется соотношением эмоционально-волевой сферы и интеллектуальных особенностей личности, В. Н. Мясищев в то же время подчеркивал, что это одновременно понятие содержательное. Содержание его определяется отношением человека к действительности и, прежде всего, взаимоотношениями с другими людьми.

В лечебно-реабилитационном процессе невозможно обойти понятие *мотивации*. Термином "мотивация" в современной психологии обозначаются:

1) совокупность побуждений, вызывающих активность индивида и определяющую ее активность, т. е. система факторов, детерминирующих поведение;

2) процесс образования, формирования мотивов, характеристика процесса, который стимулирует и поддерживает поведенческую активность на определенном уровне.

*Мотив* – это побуждение к совершению поведенческого акта, порожденное системой потребностей человека и с разной степенью осознаваемое либо неосознаваемое им вообще. Согласно *психологии деятельности А. Н. Леонтьева*, сутью личности является система относительно устойчивых иерархизированных мотивов как основных побудителей деятельности с формированием смыслообразующих мотивов и мотивов – стимулов. В условиях болезни меняется иерархия мотивов (под влиянием, в частности, доминирующей потребности в безопасности), утрачиваются побудительные их свойства, они могут вступать в противоречие друг с другом, ослабляя общую мотивацию к лечению. Искажение мотивации к лечению может происходить в разных направлениях: у одних больных лечение превращается в самоцель (мотив лечения становится патологическим), у других – лечение является нежелательным (стремление скрыть болезнь), у третьих – лечение по словесной мотивировке больного желательно, а по построению его действий – безразлично.

Задачей врача, психолога, социального работника является поддержание и укрепление мотивов, направленных на противодействие болезни и ее последствиям. Основой хорошей сопротивляемости болезни являются не сами по себе свойства организма, нервной системы, а их конкретное преломление в присущих данной личности потребностях, стремлениях и побуждаемой ими деятельности. Активная жизненная позиция и, соответственно, интенсивное противодействие болезни, как правило, основаны на учете интересов общества. Пациенты, для которых характерны значительные социальные интересы, активно взаимодействуют с врачом, психологом, социальным работником в процессе лечения и реабилитации. При их отсутствии перед реабилитационной бригадой возникают не только лечебно-восстановительные, но и медико-педагогические проблемы. Важнейшей предпосылкой успешного лечебно-реабилитационного процесса является выработка сознательной мотивации на преодоление болезни и ее последствий.

Для успешности своей работы социальный работник (психолог) должен владеть *методами исследования личности*. Их много, они в различной степени сложны и надежны. Неоднозначность пристрастий исследователей к той или иной личностной методике отражает различия в концептуальных подходах к такой сложной проблеме как личность.

Выделяют *клинический метод* и *экспериментально-психологический*. Основу первого составляют беседа с больным и наблюдение.

*Направленная беседа* (интервью, эксплорация) позволяет выявить типологические особенности личности.

*Наблюдение* позволяет сделать вывод о его эмоциональном отношении к тому или иному факту, поведенческих паттернах и др.

*Биографический (анамнестический) метод*, относящийся к аналитическим методам, через изучение закономерностей жизненного пути – истории человека как личности и субъекта деятельности, позволяет получить целостное представление о личности и ее развитии. Сочетание рассказанного пациентом (субъективный анамнез) и сообщенного родственниками, сотрудниками, медицинскими и социальными службами (объективный анамнез) позволяет оптимально объективно оценить систему жизненных отношений больного, выявить наиболее значимые из них, увидеть степень их нарушения. Важное дополнение к этому методу несут дневники пациентов, автобиографии, продукты их деятельности (рисунки, записки, заявления и др.).

Все экспериментально-психологические методы исследования личности можно условно разделить на две группы:

I. *Опросники (анкеты)*: ММР А. Е. Личко, Г. Айзенка, самооценки (С. Я. Рубинштейн) и др., где пациент сам отвечает на предложенные стандартные вопросы, позволяющие экспериментатору судить о личностных чертах испытуемого.



II. *Проективные методики*, когда испытуемому дается неструктурируемое задание, допускающее многие способы решений.

Эти методики основаны на предположении, что в своем решении индивид проявит характерные для него особенности. К таким тестам относятся: методика свободных ассоциаций, методика незавершенных предложений, ТАТ, тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга, тест Роршаха и др. Умелое сочетание клинического и экспериментально-психологического методов позволяет социальному работнику (психологу) с наибольшей долей объективности оценить личностные характеристики своих пациентов и адекватно с ними взаимодействовать.

### **Лекция 9. Психологические особенности разных возрастных периодов развития человека в аспекте отношения к болезни**

Человек может заболеть в любом возрасте. Социальному работнику (психологу) необходимо знать типологические особенности психологии людей в разных возрастных периодах для правильного понимания реагирования на болезнь представителей различных возрастов. Имеет значение и пол заболевших. Так, женщины легче переносят боль и обездвиженность.

*В детском возрасте* происходит интенсивный процесс социализации, становление собственного "Я". Ведущей деятельностью дошкольников является игра, а младших школьников – учеба. В игре формируются нормы и способы взаимоотношения людей. Могут возникнуть типичные характерологические реакции этого возрастного периода, такие как: протеста (оппозиции), имитации, компенсации, гиперкомпенсации. Например, недовольство ситуацией может вызвать элективный (избирательный) мутизм – ребенок отказывается говорить в детском саду, гостях и в то же время активно общается с близкими. Дети хорошо имитируют нравящихся им взрослых, в первую очередь родителей. Подражают их высказываниям и поведению. При реакциях компенсации поведение детей маскирует ту или иную слабую сторону личности или подавляет переживание ее неполноценности, связанное с наличием того или иного физического дефекта. Например, физически слабый мальчик находит самоудовлетворение и уважение сверстников, обыгрывая всех в шахматы. При реакциях гиперкомпенсации могущих быть как адаптивными (ребенок с физическим дефектом, путем интенсивных спортивных тренировок становится школьным рекордсменом), так и дезадаптивными (самоизолируется от коллектива или завоевывает себе "авторитет", выполняя роль шута, драчуна и т. д.).

К общим возрастным особенностям детей следует отнести незрелость социально-детерминированных форм поведения, перевес эмоциональных сторон психической жизни над интеллектуальными, выраженную эгоцентрическую установку.

Из патологических синдромов детского возраста надо отметить: явления *невротии* (повышенная раздражительность и возбудимость, капризность, неустойчивость настроения, быстрая истощаемость, выраженная пугливость, психосоматические симптомы: срыгивание, рвоты, запоры или недержание кала, извращение аппетита и др.); *гипердинамический* синдром или синдром дефицита внимания (см. лекцию 4); *синдромы страха*, особенно страх темноты, одиночества, наказания, уколов и др.; *синдром уходов и бродяжничества* (повторяющиеся уходы ребенка из дома или школы, поездки в другие города); *синдром патологического фантазирования* (когда в жизни ребенка смешивается фантазия и реальность, часто с перевоплощением в выдуманный образ).

Дети хуже взрослых переносят боль и госпитализацию в больницу. Они не полностью понимают серьезность заболевания и в силу своей активности с трудом следуют ограничительному режиму лечебных учреждений. Считается, что движение в этом возрасте, как и громкость речи, являются вентилем, ослабляющим эмоциональное напряжение.

Это возраст наибольшего авторитета взрослых в глазах детей. Поэтому социальному работнику (психологу) следует использовать данное положение, подключив к реабилитационному процессу уважаемых ребенком взрослых (родителей, учителей). В детском возрасте задачи реабилитации тесно переплетаются с задачами педагогики. Необходимо с учетом эмоциональной откликаемости детей воздействовать именно на эту сферу психической деятельности (похвала, поощрение, ласка и т. д.).

В становлении личности человека огромное значение имеют *подростковый* и *юношеский возраст*. К подростковому возрасту принято относить возраст 12–15 лет, к юношескому – 15–21 год. В этот период происходит интенсивное физическое созревание с некоторым отставанием психического. В пубертатном возрасте ребенок физически уже взрослый, но психически еще незрел. Это возраст, когда появляется склонность к самоанализу, переоценки ценностей, отхода от родителей, критического отношения ко взрослым, существующим нормам и правилам. Появляется повышенная потребность утвердить себя среди сверстников, мнение которых становится для подростка определяющим. Социальным работникам (психологам) необходимо знать характерные поведенческие реакции на ту или иную ситуацию, свойственные этому периоду взросления.

Реакция эмансипации заключается в стремлении подростков к самостоятельности, освобождению от контроля взрослых, самоутверждению. Она может проявляться в непослушании, грубости, игнорировании мнения старших, повышенной критичности ко взрослым и всей существующей социальной системе, ношению эпатажной окружающей одежды, причесок, вызывающей алкоголизации, сексуальной распущенности и т. д.

Реакция группирования со сверстниками проявляется в стремлении образовывать более или менее стойкие неформальные группы со своими специфическими увлечениями и стилем поведения (футбольные фанаты, поклонники "тяжелого рока" – "металлисты", "рокеры", различные "фэны" – поклонники эстрадных кумиров и др.). Они могут быть социально положительными, социально нейтральными и антисоциальными. Главным содержанием отношений в таких группах является общение между собой, обмен информацией, взаимопомощь.

Реакции увлечения (хобби-реакции) – выраженный стойкий интерес к одному виду деятельности, сопровождающийся сильными эмоциональными переживаниями. Различают увлечения:

- интеллектуально-эстетические (музыка, рисование, философия и т. д.);
- телесно-мануальные (спорт, культуризм, рукоделие и др.);
- накопительские (коллекционирование);
- эгоцентрические (экстравагантная одежда, участие в рок-ансамблях);
- информационно-коммуникативные (потребность в контактах, жажда получения новых сведений);
- азартные (карты, гэмблинг) и др.

Повышенное и недостаточно дифференцированное половое влечение приводит к реакциям, связанным с сексуальностью. Они проявляются в повышенном интересе к эротической и порнографической литературе и изопродукции, в виде сексуальных фантазий, ранних половых связей, транзиторных эксгибиционистских, групповых гомосексуальных и мастурбационных актов.

Реакции подросткового возраста в большинстве случаев являются переходящим этапом развития и не вызывают выражений социальной дезадаптации. Однако у части подростков эти реакции могут принимать крайне выраженные формы, отодвигать на задний план все остальные обязанности (школьные, семейные), сопровождаться нарушением социальной адаптации и невротическими расстройствами (патохарактерологические реакции).

*Юношеский период* характеризуется переключением внимания от внешних факторов на свой внутренний мир. Идет поиск самого себя, самонаблюдение, познание своих преимуществ и недостатков, своего места в жизни, профессии, иными словами формируется самосознание – представление о самом себе, самооценивание своей внешности, умственных, моральных и волевых качеств. Часто эта самооценка сверхкритична, что проявляется в чувстве неполноценности своей внешности (веснушки, угри, фигура, форма носа, цвет кожи и т. д.) и может повлечь за собой формирование синдромов дисморфомании, анорексии, ипохондрии. Болезни и нарушения, возникшие в этом возрасте, расце-

ниваются, в первую очередь, с точки зрения социального резонанса в кругу знакомых (косметические дефекты, венерические заболевания, сексуальные расстройства). Выражена потребность, часто не удовлетворенная, в дружбе и любви. В связи с этим необходимо помнить и о возможности юношеских депрессий и самоубийств.

*В зрелом возрасте (молодость 21–35 лет и собственно зрелость – 35–60 лет)* человек достигает при благоприятном стечении обстоятельств кульминации жизненной творческой деятельности. Наступает период стабилизации интеллектуальных и эмоциональных процессов. Обычно он уже определяется в профессиональном и семейном плане. Однако и этот период жизни подвержен кризисам: в результате неудовлетворенности успешностью карьеры, сформировавшимся авторитетом, уровнем материального благосостояния, семейным статусом, партнером, отношениями с близкими, самим собой (востребован ли для общества, раскрылись ли потенциальные возможности и способности).

В отношении болезни взрослые люди тяжелее реагируют на хронические и инвалидизирующие заболевания, особенно те, которые ведут к снижению социального престижа, а также "стыдные" болезни (туберкулез, венерические, гинекологические и т. д.).

*Люди пожилого возраста (60–75 лет) и старческого возраста (более 75 лет)* также имеют свои психологические особенности, которые необходимо знать социальному работнику для успешного проведения коррекционных мероприятий. В этом возрасте человек смиряется с тем положением, которого он достиг, нацеливается на достойное завершение жизни. Большое внимание уделяется собственному здоровью, отмечается повышение чувствительности к боли, часты тревога и страх заболеть тяжелой болезнью и умереть, характерна ипохондрическая настроенность. Старение ведет к замедлению мыслительных процессов, трудности овладения новыми знаниями и навыками, отсюда склонность к застреванию на мелочах, персеверации, утеря доминирующей мысли, что выражается в речевых оборотах: "как бы сказать...", "чтобы было ясно..." и др., трудности с принятием серьезных решений, консерватизм. Отмечается эгоцентризм, который проявляется в скупости, недоверии к людям, подозрительности, мелочности, стремлении все принимать на свой счет, обидчивости, сварливости, требовании усиленного внимания окружающих. В целом, круг интересов сужается до удовлетворения собственных нужд со снижением морально-этических качеств и расторможенностью инстинктов. Эстетические чувства притупляются, появляется безразличие к беспорядку и грязи. Эмоционально легко аффектируются по незначительным поводам, долго помнят обиду, преобладает пониженный фон настроения. В волевом плане наблюдается снижение побуждений. Гротескно заостряются личностные особенности: бережливость перерастает в

скудость и жадность, настойчивость – в упрямство; недостаточная самокритичность – в переоценку собственной личности и т. д.

Основная проблема этого периода жизни – одиночество, утрата необходимых и желанных контактов, незащищенность перед окружением, несущим, как кажется пожилым, лишь угрозу их благосостоянию и здоровью. Отсюда часто конфликтные отношения с соседями и родственниками.

Общую картину "осени жизни" нельзя рассматривать только пессимистически. Мы знаем достаточное число примеров достойного и мудрого старения, зависящего от отношения к процессу увядания. Выделяют следующие жизненные позиции (К. Висневска-Рошковска):

1) "конструктивная" (смирятся с возрастом, активны и настроены на оказание помощи другим, из старости не делают трагедии, ищут развлечений и контактов);

2) "зависимая" (у тех, которые были такими всю жизнь, старея, они еще больше ищут помощи, признания и, не получая этого, чувствуют себя несчастными);

3) "защитная" (не желают получать помощь от других, держатся замкнуто, отгораживаются от людей, скрывают свои чувства, с негодованием и ненавистью относятся к старости);

4) позиция "враждебности к миру" (гневливые старики, обвиняющие окружающих и общество во всех своих жизненных неудачах, они подозрительны, никому не верят, ни от кого не хотят зависеть, испытывают отвращение к старости, стараются держаться за работу);

5) позиция "враждебности к себе и своей жизни" (характеризуются пассивностью, исчезновением интересов и инициативы, снижением настроения, чувством одиночества, своей "ненужности", жизнь считают неудавшейся, к смерти относятся как к избавлению).

Возможны и другие позиции, например, позиция "извлечения выгоды из факта старости" (бегство от ответственности и принятия решений), "зависти к молодым" (критика молодежи, нетерпимость) и т. д.

Знание отношения пожилого человека к своему положению облегчает контакт социального работника с ним. Однако вне зависимости от степени личностных изменений и интеллектуального снижения следует облегчить старым людям адаптацию к жизненным переменам: не следует предъявлять к ним повышенные требования, которые могут вызвать стрессовую ситуацию и нарушить имеющуюся приспособленность к жизни; не надо ставить их перед неожиданными переменами, которые обычному человеку кажутся мелочами (даже перемещение постели с привычного места); дать им возможность или хотя бы иллюзию своей полезности, общественной значимости без снисходительного сочувствия; не вызывать у них сильные и неожиданные эмоциональные сдвиги; отрегулировать подходящим образом их ежедневный режим.

### **Лекция 10. Психология больного**

Согласно определению ВОЗ (1968) "здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов". Субъективно здоровье проявляется в чувстве оптимизма, благополучия, радости жизни, желания деятельности. Самосознание человека, находясь в неразрывной связи с интенсивностью раздражения интеро- и экстерорецепторов формирует представление о физическом состоянии. Представление о своем соматическом состоянии, сопровождается определенными переживаниями, находит свое выражение в различных формах отношения человека к своему здоровью. В одних ситуациях – это пренебрежение, в других – повышенное внимание, в третьих – адекватное к нему отношение. Содержание отношения человека к своему здоровью зависит от многих причин: личностных особенностей, возраста, пола, профессии, перенесенных заболеваний, образа жизни, культурного уровня, мировоззрения, физической тренированности и др.

Болезнь имеет *внешнюю* картину – симптомы и синдромы, диагностируемые врачом, и *внутреннюю* – переживания с ней связанные.

*Внутренняя* (аутопластическая) картина болезни (Гольдшейдер, Р. А. Лурия) имеет следующие взаимопереплетающиеся стороны: сензитивную (боль), эмоциональную (тревога, страх, надежда), волевую (усилия на преодоление болезни), интеллектуальную (знания о болезни, ее оценка).

Для пациента внутренняя картина болезни складывается из понимания механизмов возникновения неприятных и болезненных ощущений, оценки их значения для будущего, а также отреагирования на болезнь в виде эмоциональных переживаний, выбора способа действий и поведения в новых для человека условиях. Объективная тяжесть болезни – информация о летальности после подобного расстройства, вероятности инвалидизации и хронификации болезненного процесса тоже является одним из факторов для формирования внутренней картины болезни. Во внутреннюю картину болезни включаются также мировоззренческие и мистические взгляды, присущие субкультуре, в которой вырос и живет больной. Например, религиозный подход к происхождению заболевания (болезнь как кара, как испытание, как наказание другим) или мистический (болезнь как следствие зависти, ревности, "сглаза", "навели порчу"). В структуре внутренней картины болезни важную роль играет также сопоставление ожидаемых и полученных результатов лечения.

При анализе аутопластической картины болезни Р. Конечный и М. Боухал (1985) приводят следующую типологию отношения к болезни:

1) *нормальное*, т. е. соответствующее состоянию больного или тому, что было ему сообщено о заболевании;

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

3) *отрицающее*, при котором больной "не обращает внимания на болезнь", отгоняет от себя мысли о ней, не обращается к врачу;

4) *нозофобное*, когда пациент несоразмерно боится болезни, неоднократно обследуется, меняет врачей; он в большей или меньшей степени понимает, что его опасения преувеличены, но не может бороться с ними;

5) *ипохондрическое*, при котором больной убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием;

б) *нозофильное*, связанное с определенным успокоением и приятными ощущениями от болезни (может заниматься любимым делом, семья больше заботится о нем);

7) *утилитарное*, является высшим проявлением нозофильного отношения к болезни. Оно может иметь тройную мотивировку:

- получение сочувствия, внимания, лучшего обследования;
- выход из неприятной ситуации (например, ненавистная работа);
- получение материальных выгод (пенсия, отпуск, получение свободного времени).

Многое в отношении к болезни не осознается и определяется бессознательными эмоционально-инстинктивными процессами.

А. В. Квасенко и Ю. Г. Зубарев (1980) предлагают выделить три этапа, которые отражают формирование и динамику личностных реакций больного на свое страдание: сенсологический, оценочный и этап отношения к болезни.

*Сенсологический этап* – отражает реакции больного на развившиеся явления дискомфорта (неприятных ощущений), боли и связанное с ними чувство той или иной собственной недостаточности. Боль – это сигнал о болезни, имеет физиологический (обусловленный воздействием на рецепторы патологического процесса) и психологический компоненты. При появлении боли возникают представления и мысли об угрозе жизни, возможных последствиях в виде инвалидизации, изменении положения в семье, обществе и т. д. Боль сопровождается тревогой, страхом, снижением настроения. Появляется сознание недостаточности эмоционально-волевых качеств ("не могу справиться"), снижается активность, ослабляются побудительные мотивы к деятельности. Психическое состояние соматического больного можно охарактеризовать как переживание стесненной свободы. Таким образом, психологическая характеристика ощущений (дискомфорт, боль) с отрицательно окрашенными переживаниями, осознание ограничения своих прежних возможностей, чувство собственной неполноценности – все это можно объединить понятием дефицитарности.

*Оценочный этап* – это результат внутренней переработки сенсологических данных, соответствует внутренней картине болезни. В ней важно определить баланс мыслительной и эмоциональной составляющих для последующего психотерапевтического воздействия.

*Этап отношения к болезни* – формируется у больного в процессе его индивидуального развития и воспитания. Он видел, как болеют другие, имеет личный опыт болезни, обладает медицинской и обывательской информацией о заболевании, имеет представления (верные или недостоверные) о последствиях болезни и их значимости для себя, семьи, общества.

Выделяют следующие компоненты личностного реагирования на болезнь в зависимости от ее биопсихосоциального характера: *витальный, общественно-профессионально-трудовой; этический; эстетический и связанный с интимной жизнью* (Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков, 1976). При инфаркте ведущим в реагировании будет витальный компонент, обусловленный биологической возможностью умереть. Общественно-профессионально-трудовой и этический компоненты связаны с социально-психологическим уровнем реагирования (например, оценка последствий травм с инвалидизацией, венерические заболевания). Преувеличение же значимости эстетического и интимного компонентов (при косметических дефектах, урологических и гинекологических заболеваниях) подчеркивает преимущественную заинтересованность индивидуально-психологического уровня реагирования.

Наряду с общими закономерностями субъективного отражения болезни, следует учитывать и механизмы индивидуального представления о болезни. Больной анализирует не только болезнь в целом, но и отдельные ее симптомы, он имеет собственный "диагноз" болезни, свои суждения о причинах, прогнозе и лечении заболевания.

*Больной* – это личность, отягощенная заботой о здоровье. Это страдающий человек с нарушениями физического, психического и социального благополучия, расстройством биопсихосоциальной адаптации, ощущением зависимости от болезни, переживанием стесненной свободы. В процессе болезни изменяются отношение к себе и взаимоотношения с окружающими, возникают новые отношения с близкими, а также появляются новые связи с незнакомыми до болезни людьми.

Этап отношения к болезни включает: переживания, высказывания и действия, а также общий рисунок поведения, связанные с заболеванием. Кардинальным критерием, определяющим отношение больного к болезни, следует считать признание ее или игнорирование, отрицание. При осознании болезни складываются соответствующие формы отношения к ней, ее признакам, проводимому лечению, методам обследования, а также исходу заболевания. Различают следующие варианты этих отношений:



- пассивно-страдательный;
- активно-положительный (уход в болезнь);
- спокойно-выжидательный;
- активное противодействие болезни.

Л. Н. Лежепекова и Б. А. Якубов (1977) предлагают дифференцировать личностные реакции больных на заболевание (в том числе и отношения к врачу). Они различают:

а) *содружественную* реакцию, когда больные с первых дней заболевания демонстрируют редкую пунктуальность и безграничное доверие лечащему врачу;

б) *спокойную* реакцию, при которой больные аккуратно выполняют все назначения врача и адекватно реагируют на все его замечания;

в) *неосознаваемую* реакцию, которая, имея патологическую основу, в ряде случаев выполняет роль психологической защиты;

г) *следовую* реакцию: несмотря на благоприятный исход заболевания, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива болезни;

д) *негативную* реакцию, характеризующуюся тем, что больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности в отношении лечащего врача, медицинского персонала;

е) *паническую* реакцию, при которой они во власти страха, легко внушаемы;

ж) *разрушительную* реакцию с неадекватным поведением, игнорированием всех указаний врача.

При определении типа отношения больного к своему страданию следует учитывать степень осознанности болезни. Больные могут осознавать свое соматическое заболевание полностью или частично (так, признавая болезнь, не понимают ее тяжести и возможных исходов).

### **Лекция 11. Психология больного (продолжение)**

На характер реагирования на болезнь влияют три группы факторов:

1. *Особенности и тяжесть самого заболевания*, а также оценка болезни, существующая в населении, и степень ее усвоения больным (его "медицинская грамотность"). Так, злокачественное новообразование обычно вызывает чувство безысходности, обреченности; инфаркт миокарда – страх перед новыми приступами и возможным быстрым смертельным исходом; СПИД, сифилис – чувство стыда и страдания и т. д. Реакция зависит от угрозы снижения или утраты трудоспособности, излечимости или неизлечимости болезни, ее продолжительности, физических страданий, предстоящей операции и т. д.

2. *Особенности личности больного, его темперамент и характер, тип акцентуации*. Гармоничные личности легче адаптируются к

трудным условиям, вызванным болезнью. Имеет значение иерархия личностных ценностей. Люди, у которых основная направленность носит социальный характер, легче переносят болезнь, чем те, кто слишком много внимания уделяет своему здоровью и у кого на первом месте стоит удовлетворение физиологических потребностей. Отношение к болезни зависит от особенности реагирования на стрессовую ситуацию (фрустрации), механизмов психологической защиты и компенсаторных возможностей.

3. *Социальные условия, образ жизни, труда.* Важной является система отношений личности с действительностью и другими людьми (в семье, на работе, лечебном учреждении). Имеют значение физические факторы, действующие на человека (обстановка, одежда, звуки, цвет и прочее).

Выделяют следующие типы личностного реагирования на болезнь: адекватную (гармоничную) реакцию; переоценку тяжести заболевания (уход в болезнь); недооценку тяжести заболевания, вплоть до отрицания его (анозогнозия).

*Адекватная (гармоничная) реакция* наблюдается, если больной правильно оценивает тяжесть своего состояния, мобилизуется на борьбу с болезнью. В этом ему помогают врач, психолог, социальный работник. Устанавливаются взаимопонимание, доверительные отношения с лечащим персоналом, выполняются все терапевтические предписания, принимается помощь близких. Больной не теряет надежды на улучшение состояния. При тяжелом прогнозе он разумно относится к неизбежному, обдумывает завещание, в случае возможного смертельного исхода, при инвалидности – адаптируется к новым условиям жизнедеятельности. Такого отношения к болезни с помощью психотерапии, соблюдения правил деонтологии желательно достичь у всех пациентов.

*Переоценка тяжести болезни.* Обычно возникает у акцентуированных или психопатических личностей, а также при снижении интеллекта, наличии повышенной внушаемости и самовнушаемости. Степень переоценки колеблется в широких пределах: от легких пограничных сдвигов в психической деятельности до ипохондрического бреда, тяжелых депрессий, суицидальных попыток. "Уход в болезнь" часто возникает у личностей с истерическими чертами характера. "Уход в болезнь", как и другие варианты переоценки тяжести своего состояния, не является симуляцией или агравацией (см. лекцию 19), а представляет собой неосознанное преувеличение тяжести своего состояния. В таком случае болезнь – "условно желательное состояние", она дает какие-то преимущества больному. У таких пациентов есть уверенность, что они тяжело больны, даже если заболевание течет благоприятно и с хорошим прогнозом. Эти пациенты требуют к себе повышенного внимания и неоправданно активного лечения, они стеничны в достижении целей, часто

конфликтны и обидчивы, так как лечащий персонал, с их точки зрения, правильно не оценивает тяжести их страдания. Может наблюдаться регрессивно-инфантильный тип поведения: плачут, не встают с постели, требуют в постель судно для отправления своих физиологических нужд, в речи и поведении появляются детские интонации, беспомощность. У больных может психогенно (состояние фрустрации) нарушиться сон, аппетит, повыситься артериальное давление, участиться пульс и др.

*Недооценка тяжести заболевания* (гипогнозия и аногнозия – отрицание) ведут к снижению интереса к обследованию и лечению, игнорированию терапевтических рекомендаций. Несмотря на серьезность заболевания, больные остаются спокойными, благодушными (например, при инфаркте миокарда, туберкулезе).

Существует психогенный вариант гипо- и аногнозии, обусловленный механизмами психологической защиты в трудной для человека ситуации (например, при подозрении на онкологическое заболевание). Некоторые больные в такой обстановке вытесняют неприятные, трудные для личности обстоятельства, стараются "уйти от болезни". При менее тяжелых заболеваниях встречаются пациенты, настолько захваченные интересами своей работы, своим долгом в отношении общества, семьи, что во имя этого игнорируют болезнь и необходимое лечение. При таких состояниях важна апелляция к личности человека, психотерапевтическое воздействие. Необходимо помочь больному осознать случившееся, найти правильную линию поведения.

Выше уже указывалось на важное значение акцентуации характера в возникновении и течении заболевания. Все многообразие акцентуаций (до 18 по К. Леонгарду) А. В. Квасенко и Ю. Г. Зубарев (1980) предлагают сгруппировать в 4 типа: *возбудимый, тормозимый, неустойчивый и ригидный*.

У акцентуированных личностей возбудимого (экспрессивного) типа преобладает сенсологический этап реагирования на болезнь. У них на первый план выступает значимость витального (биологического) фактора, отсюда переоценка болезни и активная направленность личности на преодоление заболевания и его последствий. У акцентуированных личностей тормозимого типа (импрессивных) оценочный этап преобладает над сенсологическим. Задействованы этический и эстетический компоненты переживаний больного. Переоценка болезни, ее значимости обычно не выходит за рамки адекватной, однако отмечается ослабление приспособления к новым условиям труда и быта в результате заболевания. При неустойчивом (импульсивном) типе больше выражен сенсологический этап при слабости оценочного, отсюда нередки колебания в оценке своей болезни. Больные этого типа обычно переоценивают болезнь и недооценивают ее последствия.

Для *ригидного* (торпидного) *типа* акцентуированной личности характерно преобладание оценочного этапа над сенсологическим. Наибольшую значимость, для такого типа больных, приобретает перспектива снижения или полной утраты общественно-трудовой деятельности, задействован социально-психологический уровень личности. В начале болезни часта недооценка (отрицание) болезни, а при неблагоприятном течении заболевания она может смениться ее переоценкой в связи с опасениями инвалидизации.

Еще более ярко эти реакции выражены у психопатических (дисгармоничных) личностей. У них утрачивается соответствие реакций силе, продолжительности и значимости раздражителей. Болезнь, вызывающая астенизацию может вызвать декомпенсацию психопатии с появлением патологических типов реагирования. Для социального работника (психолога) важно понимание вышеприведенных нормальных типов реагирования акцентуированных личностей, так как в отличие от патологических типов реагирования психопатов он способен самостоятельно провести с ними психокоррекционную работу.

К патологическим типам реагирования А. В. Квасенко и Ю. Г. Зубарев относят: *депрессивный, фобический, истерический и ипохондрический*.

Депрессивный вариант характеризуется удрученностью болезнью, неверием в выздоровление, возможное улучшение, эффект лечения, даже при благоприятных объективных данных. В высказываниях больных звучит страх смерти при инфаркте (витальный компонент), переоценка этического компонента (при туберкулезе, венерических заболеваниях), опасения инвалидизации при травмах (профессионально-трудовой компонент). Могут быть суицидальные высказывания и попытки.

При фобическом варианте (у тревожно-мнительных личностей) отмечают навязчивые опасения смерти в виде панических атак, кардиофобий (витальный компонент), воображаемых последствий болезней, искажающих внешность (кожные, послеоперационные рубцы и др.), где наличествует эстетический компонент. Критика к навязчивостям неполная, характерны многообразные "защитные" ритуалы, "предупреждающие" возникновение тяжелых последствий болезни.

Истерический вариант представлен эгоцентрической фиксацией на собственном страдании с требованиями повышенного внимания лечащего персонала и родственников к "исключительно тяжелым, необычным" проявлениям их болезни. "Бегство в болезнь" нередко используется такими пациентами для шантажа окружающих.

Ипохондрический вариант представляет гиперболически пессимистическую оценку болезни с несоответствием между тяжестью болезни и ее истолкованием. Больной сосредоточен на субъективных болезненных ощущениях, преувеличивает их значение, выискивает несуществующие опасные болезни.

В картине болезни, лечебном и реабилитационном процессе всегда присутствуют, часто неосознаваемые, механизмы психологической компенсации и защиты. О некоторых из них (вытеснение, компенсация, "уход в болезнь") говорилось ранее. Эти механизмы направлены на преодоление причин стресса или устранение напряжения ему сопутствующего. *Психологическая защита* – это своеобразный механизм адаптивной перестройки восприятия и оценки – как правило, малоосознаваемого столкновения особо значимых противоречивых отношений личности с непереносимой ситуацией. Положительная роль психологической защиты заключается в стабилизации личности в трудных для нее условиях, отрицательная – в закреплении неадекватных форм поведения не избавляющих личность от решения имеющихся трудностей. Например, с помощью "замещения" пациент при каком-либо дефекте вследствие болезни выдвигает для себя взамен недостижимой цели реальную цель, достижение которой повышает его самооценку. Этот вид психологической защиты может быть полезен для инвалидов в период решения реабилитационных задач. Неконструктивными механизмами психологической защиты являются "бегство в болезнь" и фантазирование, при которых личность уходит от реального решения трудностей. В процессе лечения и реабилитации больной может неосознанно использовать явления "переноса", т. е. видеть во враче, психологе, социальном работнике эмоционально значимого для него авторитетного человека (отца, любимого), что повышает эффективность лечебно-реабилитационного процесса. Знание этих механизмов позволяет врачу (психологу) поддерживать положительные элементы психологической защиты, разрушать отрицательные, помогает больному в поисках путей к преобразованию самого себя, чтобы справиться с болезнью.

### ***Лекция 12. Психология больного (заключение)***

Как мы уже указывали, отношение к ситуации болезни зависит от личностных особенностей заболевшего, самой болезни, социального положения пациента (одинок, имеет любящую или конфликтную семью, занимает престижную должность и др.)

Личностные особенности отражены в предыдущей лекции. Значение влияния самой болезни зависит от ее параметров, затрагивающих значимые для пациента сферы деятельности. В. Д. Менделевичем (1999) выделены следующие параметры, на основании которых оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней: 1) вероятность летального исхода; 2) вероятность инвалидизации и хронификации; 3) болевая характеристика болезни; 4) необходимость радикального или палиативного лечения; 5) влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения; 6) социальная значи-

мость болезни и традиционное отношение к заболевшему в микросоциуме; 7) влияние болезни на семейную и сексуальную сферу; 8) влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

Большое значение имеет также переживание болезни на различных этапах заболевания. В *премедицинской стадии* болезни у больного появляются первые, едва заметные признаки дискомфорта в состоянии. Возникают вопросы: "Что со мной?", "Может, я болен?" "Пойти ли мне к врачу?". С этими вопросами связываются неопределенные, хаотические воспоминания, фантазии, переживания. Если больной делится своими опасениями с кем-то из родственников или знакомых, то часто получает взаимоисключающие советы.

В *начальной стадии* болезни, когда ее симптомы становятся явственнее, появляются негативные эмоции в виде тревоги, страха, растерянности. Преобладает сенсологический этап переживания болезни с фиксацией на различных болезненных ощущениях. Больные напряженно ждут результатов обследования, анализов. Снижается их социальная активность, резко ограничиваются привычные контакты из-за госпитализации, происходит изоляция от семьи, работы, появляются неуверенность в прогнозе заболевания для семейного и служебного функционирования (профессионально-трудовой компонент), для жизни (витальный компонент), для изменения взглядов окружающих (этический и эстетический компоненты). Наряду с этим, встречается беспечность и недооценка угрозы последствий заболевания. Имеет значение острота и тяжесть болезни.

В *стадии разгара* болезни, несмотря на интенсивность болевых ощущений, больные принимают факт болезни и начинают к ней приспособляться, адаптируются к больничной среде. На смену тревоге и растерянности приходит успокоение. Больные поддерживают в себе надежду на выздоровление, в той или иной мере сотрудничают с лечащим персоналом. Отношение к терапии может быть разным: одни больные охотно выполняют лечебные рекомендации, другие – их игнорируют, третьи – индифферентно к ним относятся. Если ожидания больных относительно течения заболевания и эффектов лечения оправдываются, то такие больные не представляют проблем для врачей и психологов. При неблагоприятном развитии событий, повторных обострениях болезни, ее хронификации, у больных возникает чувство обманутых надежд, снова усиливаются тревога, страх за исход заболевания, возможны неадекватные реакции относительно лечащего персонала, конфликты с ним. В таких случаях необходимо понимание персоналом психологической подоплеку подобных реакций больных, исключение самых ничтожных поводов для подкрепления их нежелательного поведения, работа по успокоению и вселению веры в выздоровление. У части больных возможно явление *госпитализма* – больной привыкает к жизни в условиях больницы, не стремится покинуть ее, концентрируется на бо-

лях, пессимистично оценивает перспективы выздоровления, не борется с болезнью, иногда демонстрирует регрессивно-инфантильное поведение с рентными установками. Может происходить патологическое развитие личности. Выделяют следующие типы патологического развития:

- 1) преобладание безнадежности, пассивности или раздражительности;
- 2) чрезмерная фиксация на болезненных ощущениях, состоянии здоровья, поиске новых медикаментов и средств лечения;
- 3) эгоцентризм, гиперстеничность, направленные на извлечение выгод и преимуществ из своего болезненного состояния.

К счастью, наиболее частый исход болезни – *выздоровление* (компенсация патологических расстройств и нарушенных функций). Выздоровление может быть полным и неполным – с остаточными явлениями болезни, которые не обеспечивают оптимального приспособления к окружающей среде.

Выздоровление имеет биологическую и социально-психологическую стороны, которые не всегда совпадают. Часто физически уже здоровый человек, чувствует себя еще больным. Выздоровление после тяжелого заболевания всегда сопровождаются переживанием обновления своих возможностей, даже с эйфорией. Иногда наблюдается застывание и фиксация болезненных ощущений с навязчивыми воспоминаниями о них. Затяжные формы болезней способствуют ипохондричности и тревожной мнительности. При увечье и инвалидизации первичная адаптация может быть неустойчивой, физический недостаток может переживаться и вести к психогенному развитию личности с уходом в болезнь, с новыми эталонами поведения, перестройкой системы жизненных оценок. Подобное негативное развитие событий необходимо предупредить, включая компенсаторные механизмы психологической реабилитации (см. лекцию 19). Таким образом, психологическая оценка больными своего выздоровления может выражаться следующими вариантами:

- полной осознанностью и адекватным пониманием;
- частичной осознанностью и недостаточным пониманием (оценкой переживаемого заболевания);
- отсутствием осознанности;
- извращенной оценкой (у больных с патологическим развитием личности).

Как видно из вышеизложенного, психологическая составляющая болезни играет важную роль в выздоровлении. По ходу лекций мы пытались показать отдельные элементы психологической коррекции отношений больных к болезни и лечению. Сейчас мы подчеркнем основные направления психокоррекционной работы.

Итак, нормализация понимания болезни, правильная оценка и отношение к ней достигаются через апелляцию к личности больного, а также влиянием на окружающего больного среду.

Апелляция к личности осуществляется путем психологического воздействия на сенсологический и оценочный этапы: ослабление дискомфортных явлений и болей, дезактуализацию значимости витальной угрозы, этического, эстетического, интимного и профессионально-трудового компонентов в переживании болезни. Большое значение приобретает нормализация эмоциональных реакций на проявление заболевания, снятие эмоциональной напряженности, состояний тревоги и мнительности – это повышает психологическую устойчивость больного. Этой же цели достигают созданием в лечебном учреждении благоприятного психологического климата, разумного влияния на больного авторитетных родственников, друзей, врача, психолога, социального работника. Все это относится к области психотерапии.

Психотерапевтическими методами устраняют болезненные симптомы, изменяется отношение к своему заболеванию, к себе и окружающей среде. Наиболее адекватна так называемая рациональная психотерапия разъясняющего, успокаивающего, активирующего характера, косвенное внушение с учетом индивидуальных особенностей личности, характера и тяжести заболевания. Основные цели психотерапии: разъяснение роли самого больного в успешности лечения и реабилитации, коррекция масштаба переживаний, активирование в лечении, подавление отрицательных реакций (эгоцентризма, ухода в болезнь, безразличие и др.); создание системы взаимного ободрения. Следует также использовать метод лечебной перспективы – это принцип целей и путей к здоровью (С. С. Либих, 1969). Главная задача – перестройка отношений личности больного путем сознательного и целенаправленного перевоспитания.

Снятие остроты психологической реакции на болезнь в ее начальном периоде, путем разъяснения больному ее природы, методов обследования, лечения, перспектив выздоровления ведет к усвоению, избавлению его от тревоги и заблуждений, способствует установлению доверительных отношений с врачом (психологом), делает участником лечебного процесса. Необходимо привести ожидание больного в соответствие с реальностями терапевтической ситуации. Знание системы ценностей больного, т. е. того, что он утратил в результате болезни, что и чем можно заменить, на какие ценности переориентироваться, каковы его перспективы, – все это помогает реализации новой линии поведения, освобождающей пациента от подчиненности болезненным переживаниям.



### **Лекция 13. Психология медицинского и социального работника**

В своей практике медицинские и социальные работники руководствуются не только законами, регламентирующими взаимоотношения в той или иной сфере деятельности, но и "неписаными правилами", этическими нормами, которые определяют поведение профессионала. Эта сфера этических взаимоотношений представлена *деонтологией* (от "деон" – необходимость, долг и "логос" – учение) – наукой о долге, моральной обязанности, профессиональной этике. Значение деонтологии наиболее важно в тех областях профессиональной деятельности, которые наиболее широко используют формы сложных межчеловеческих взаимодействий и ответственных взаимодействий. К ним следует отнести медицину, педагогику, психологию, социальную работу.

Наиболее разработана медицинская деонтология, раскрывающая особенности долга медицинских работников перед больными, моральной обязанности их перед обществом за охрану здоровья населения и за наиболее совершенные действия, направленные на эффективное лечение больного человека. Принципы медицинской деонтологии особенно наглядно демонстрируют лучшие качества современного медицинского и социального работника. Профессионал в этой области деятельности должен обладать *широким образованием* (не только в своей узкой области знаний, но и в смежных дисциплинах), постоянно совершенствоваться, параллельно занимаясь самовоспитанием нравственных качеств. И медик, и социальный работник (психолог) должны быть *компетентны* в принятии ответственных решений, определяющих, порой, судьбу человека. Здесь уместно привести основные этические положения Американской психологической ассоциации, касающиеся консультирования и интервьюирования:

1. Придерживаться конфиденциальности: уважать права клиента и его личную жизнь. Не обсуждать сказанное им во время интервью с другими клиентами. Если же Вы не сможете выполнить требования конфиденциальности, то необходимо сообщить об этом клиенту до разговора; пусть он сам решит, можно ли на это пойти. Если с Вами поделились информацией, содержащей сведения об опасности, грозящей клиенту или обществу, то этические предписания разрешают нарушить конфиденциальность ради безопасности. Однако надо всегда помнить, что, как бы то ни было, ответственность психолога перед доверившимся ему клиентом всегда первична.

2. Осознайте пределы своей компетентности. Существует своего рода интоксикация, возникающая после того, как психолог изучит несколько первых методик. Начинающие психологи сразу пытаются глубоко копаться в душах своих друзей и своих клиентов. Это потенциально опасно. Начинающему психологу следует работать под наблюдением

профессионала, искать совета и предложений по улучшению стиля работы. Первый шаг к профессионализму – осознание своих пределов.

3. Избегайте расспрашивать о несущественных деталях. Начинаящий психолог заморожен деталями и "важными историями" своих клиентов. Иногда он задает очень интимные вопросы о сексуальной жизни. Для начинающего или неумелого психолога характерно то, что он придает большое значение деталям из жизни клиента и одновременно пропускает то, что клиент чувствует и думает. Консультирование предназначено, прежде всего, для пользы клиента, а не для увеличения вашего объема информации.

4. Относитесь к клиенту так, как вы хотели бы, чтобы относились к Вам. Поставьте себя на место клиента. Каждый хочет, чтобы к нему относились с уважением, щадя чувство его собственного достоинства. Глубокие отношения и разговор по душам начинается после того, как клиент понял, что его мысли и переживания Вам близки. Отношения доверия развиваются из способности клиента и консультанта быть честными.

5. Принимайте во внимание индивидуальные и культурные различия. Можно сказать, что практику терапии и консультирования без учета того, с какой культурной группой Вы имеете дело, вообще нельзя назвать этической практикой. Достаточно ли Вы подготовлены для того, чтобы работать с людьми, отличающимися от Вас?

Еще одним важнейшим качеством для налаживания контакта с больным является *авторитет* врача (социального работника). Предпосылками складывающегося авторитета являются глубокие знания, возраст (длительность работы), всенародная молва, личное обаяние врача (социального работника), раскрывающее его прямоту, доброжелательность, искренность, сердечность, весь богатый моральный облик.

*Скромность* врача (социального работника) идет от самокритичности в понимании недостатка своих знаний и постоянном стремлении к самосовершенствованию. Очень хорошая черта характера – *оптимизм*, вселяющий веру в благоприятный исход болезни для больного, однако он должен быть объективен, покоиться на надежных знаниях о прогнозе заболевания. Врач (социальный работник) должен быть, по возможности, *правдивым* в сообщении информации пациенту, однако она должна преподноситься в максимально щадящих форме, объеме и содержании с учетом личности человека и обстоятельств. *Справедливость* – самая высокая добродетель врача (социального работника). Двумя первоначалами справедливости были и остаются согласно Цицерону следующие слова: "Никому не вредить и приносить пользу обществу".

*Гуманизм* должен пронизывать всю медицинскую, психологическую и социальную деятельность. Вся наша работа направлена на спасение человека от смерти, облегчение его страданий, помощь в максимальном приспособлении к окружающему миру. Врач (социальный ра-

ботник) всегда должен видеть перед собой не случай из практики, а индивидуальность страдающего человека, со всеми особенностями социального функционирования. Как видно из изложенного, к личности врача, психолога, социального работника предъявляются высокие требования. Все мы не идеальны, наши недостатки порой замечаются пациентами и зачастую мешают установлению продуктивного терапевтического контакта. Понимание врачом, психологом, социальным работником своих изъянов – путь к улучшению коммуникаций и, в конечном счете, повышение эффективности наших воздействий.

При всем многообразии специалистов работающих с людьми можно выделить определенные типы, отличающиеся своим подходом к делу, стилем коммуникаций и поведения. В медицине, в связи с недостатком социальных работников, их роль часто выполняют медицинские сестры. Харди (1972) выделяет следующие *типы медсестер*:

1. *Сестра-рутинер*. Наиболее характерной чертой является механическое, скрупулезное выполнение своих обязанностей, не видя в больном страдающего человека, без сочувствия больным, без переживания их проблем.

2. *Артистический тип* отличается показным поведением, такая медицинская сестра старается без чувства меры произвести впечатление на больного, старается быть важной.

3. *Нервный тип* характеризуется эмоциональной лабильностью, раздражительностью, грубостью по отношению к больным, которые рядом с ней чувствуют себя беспокойно, иногда такие медсестры злоупотребляют транквилизаторами для смягчения своих невротических реакций.

4. *Мужеподобный тип* проявляется энергичностью, решительностью, самоуверенностью, порой грубостью. Больные характеризуют ее поведение как "командирское". В благоприятном случае такая медсестра становится хорошим организатором и воспитателем, в неблагоприятном – при недостатке культуры и образованности, это ведет к деспотизму и грубости;

5. *Материнский тип* – "миленькая сестричка", искренне заботящаяся о своих пациентах, постоянно делающая им что-то приятное, переживающая вместе с ними их проблемы;

6. *Специалист* – тип медицинской сестры, посвящающей себя, в силу личностных особенностей, деятельности в какой-либо узкой области и безупречно с чувством собственного превосходства, выполняющих избранную работу, не интересующаясь ничем другим.

Еще более важен, для продуктивного контакта, учет типа врача (социального работника). Положительный эмоциональный контакт врача (социального работника) с больным способствует, во-первых, углублению познания личности пациента; во-вторых, большей действенности терапевтических средств; в-третьих, приносит чувство удовлетворенно-

сти больному и врачу (социальному работнику) ходом лечения и реабилитации, даже в случае невысоких их результатов. Доверие к врачу (социальному работнику) зависит от потребностей пациента, его ожиданий, образа идеального врача (эталона) и других личностных позиций и свойств пациента. Каждый больной на основе культурных влияний (представлений общества о враче) прошлого опыта общения с представителями медицинской профессии и характера ожидаемой помощи, имеет определенный образ врача (эталон), который может удовлетворить его потребности в помощи и эмоциональном общении.

В. А. Ташлыковым (1984) выделены следующие *типы врачей* с точки зрения эмпатии и способности к общению: *сопереживающий, эмоционально-нейтральный, директивный и не директивный*.

Сопереживающий и не директивный описывается как "добрый, отзывчивый, терпеливый, склонный к глубокому сочувствию, состраданию, вызывающий у больного полное доверие и откровенность, способный все терпеливо выслушать и с пониманием отнестись к самым необычным заявлениям больного".

Вариант "сопереживающий и директивный" описывается следующим образом: "Этому врачу свойственно стремление проникнуть в душу больного, понять суть его переживаний. Несмотря на склонность к сочувствию, он будет действовать непреклонно и сможет заставить больного следовать его указаниям. Своей чуткостью, отзывчивостью и в то же время твердостью, строгостью, он вызывает доверие и уважение".

В описаниях "эмоционально-нейтрального, не директивного врача" указывается: "Этот врач уравновешен, спокоен и ровен в отношениях со всеми. Он внимателен, окружающих оценивает справедливо, проявляя тем самым объективность. Психологический анализ помогает ему хорошо понять больного, внести ясность в сложную ситуацию".

Другой вариант этого типа образа врача – "эмоционально-нейтральный, директивный" – содержит следующее портретное обобщение: "Ему свойственны твердые убеждения, целеустремленность, умение внести ясность в дело и довести его до определенного конца. По отношению к больным он внимателен и сдержан. Он вызывает доверие к себе своей уверенностью, волей, спокойствием. Умением убеждать и внушать он оказывает сильное влияние на больного".

Выявлена некоторая тенденция к выбору врача, более старшего по возрасту. Значение пола врача, связано с индивидуальными представлениями о враче-мужчине, как носителе деловых качеств, женщина – врач оценивалась как врач, более способный к сопереживанию.

Обобщенный образ "идеального" врача включал в себя следующие 10 черт (в %):

- 1) ум – 78 %;
- 2) увлеченность работой – 57 %;

- 3) внимательность – 56 %;
- 4) чувство долга – 48 %;
- 5) терпеливость – 47 %;
- 6) чуткость – 47 %;
- 7) интуиция – 41 %;
- 8) серьезность – 40 %;
- 9) доброта – 38 %;
- 10) чувство юмора – 33 %.

Многие больные сближают образ "идеального" врача, прежде всего, со своим лечащим врачом, матерью, любимым учителем. Знание и учет врачом (социальным работником), имеющегося у больного образа "идеального" врача способствует установлению лучшего контакта между ними.

В процессе длительной работы с больными (инвалидами) врач, социальный работник, психолог могут испытывать на себе явления *профессиональной деформации*, они подсознательно как бы привыкают к страданиям больного, забывают о его травмированной болезнью личности и относятся к пациенту лишь как к "профессионально интересному случаю". Профессионал, работающий с людьми, должен постоянно помнить о ранимой и чувствительной личности больного, чтобы своим поведением, профессиональным жаргоном не вызвать у него дополнительные, отрицательные переживания. Непонятный больному термин, его неправильная трактовка, двусмысленное невербальное поведение врача (социального работника) могут вызвать *ятрогению* – психогенное расстройство психики, вызванное неправильным поведением медицинского персонала. В таких случаях физически здоровый или легко больной человек может почувствовать себя тяжело больным с вытекающим из этого нежелательным поведением. Врач, психолог, социальный работник, кроме терапевтического, оказывают на пациента воспитательное воздействие. Отрицательное воспитательное влияние ведет к *дидактогении* – нанесению вреда воспитателем воспитуемому. Обязанность медицинских и социальных работников, психологов и педагогов состоит в том, чтобы любые формы их влияния на человека способствовали повышению его общей культуры, совершенствовали самосознание, были нетравматичны для психики клиента.

#### **Лекция 14. Психология общения социального работника (врача) с больным и его родственниками. Навыки контакта**

Социальному работнику, психологу, врачу для наиболее полного познания личности больного (инвалида), его проблем, эффективности воздействия, необходимо в совершенстве владеть навыками общения.

Выделяют следующие виды общения: *клиническую беседу* и *интервью*. Метод клинической беседы преследует главную цель: воссоздать картину страдания или болезни. Необходимо получить достоверную и точную информацию. Между тем, переживания пациента, его субъективный внутренний мир часто остаются за пределами интересов проводящего клиническую беседу. *Клиническое интервьюирование* – это не только выявление признаков болезни, но, прежде всего, метод психотерапевтического воздействия. Интервьюер постигает внутренний, субъективный мир пациента. И основной, главный результат интервью состоит в его терапевтическом эффекте, в разрешении проблем и улучшении состояния пациента.

В клиническом интервью различают познавательный и эмоциональный аспекты. Познавательный аспект интервью заключается в обмене информацией между пациентом и специалистом. Врач, психолог, социальный работник являются для больного источником профессиональных знаний, и пациент хочет выяснить, что с ним случилось, насколько серьезна болезнь, каковы методы терапии и перспективы выздоровления. Врач (психолог), в свою очередь, стремится выяснить все детали представления больного о болезни, ее причинах, степень озабоченности пациента проявлениями заболевания, его взгляды о влиянии болезни на жизненную ситуацию и ожидания от лечения. Врачу (психологу) необходимо оценить уровень понимания пациентом собственных проблем. Он может быть полным, неполным или понимание вообще отсутствует. Врач (психолог) тактично помогает больному сформулировать его проблему, дает ему понять истоки психологического дискомфорта, т. е. кристаллизует проблему.

Пациенту важно знать, что думает врач (психолог) о его переживаниях. Поэтому следует продемонстрировать ему свое знание данных симптомов, подчеркнуть уникальность или обычность данных переживаний, а также возможности управления этими переживаниями. На все вопросы больных должны быть даны квалифицированные ответы, понятные им. Обычно пациентам важно знать, что у врача (психолога) есть опыт борьбы с аналогичным страданием. Следует указать на перспективы развития болезни и вселить в пациента и его родственников надежду на выздоровление. Знание больным и его родственниками проявлений болезни помогают ослабить присущую неопределенности тревогу.

Не менее важен эмоциональный аспект интервью. Наряду с потребностью в разъяснениях, больной при первой встрече с врачом (психологом) испытывает потребность в определенном характере эмоционального общения. Больному важно встретить не только специалиста, но и о человеке, который поймет его; которому можно рассказывать не только о болезни, но и о переживаниях, связанных с жизненной ситуацией, вызванной болезнью. Основу оптимального контакта между вра-

чом (психологом) и больным составляет доверительность. Она базируется на искреннем желании врача (психолога) без оценочных суждений войти во внутренний мир клиента, эмпатически сопереживать вместе с ним, как будто это его собственные проблемы, дать ему почувствовать, что врач (психолог) безоговорочно принимает его как человека, таким как он есть. Такая позиция позволяет больному чувствовать себя свободнее, у него появляется доверие, он непринужденно высказывает свои опасения, сомнения, чувства и мысли, не боясь критики и осуждения. Если нет эмоционального дружеского контакта, работа врача (психолога) будет неэффективной и бессмысленной.

В зависимости от личностных особенностей психолога (врача) и личностных особенностей клиента в интервью могут использовать *различные тактики*. Стиль работы психолога (врача) может быть директивным и не директивным. Директивный стиль больше подходит для внушаемых больных, испытывающих постоянные сомнения, повышенную потребность в опеке. В этой роли психолог (врач) моделирует поведение строгого отца, учителя. Конкретно поставленными вопросами он формирует направление интервью в соответствии со своими целями, указывает на правильное и неправильное поведение, устанавливает жесткие сроки и ограничения. Не директивный стиль хорош для первой встречи с больным. Терапевт дает больному выговориться, больше слушает, эмпатически сопереживает, способствует самораскрытию пациента. Такой стиль полезен для работы с больными охваченными тревогой и страхом, дает им возможность эмоционального отреагирования. Активность психолога (врача) проявляется в том, насколько широко он использует в общении с больными различные психотерапевтические приемы стимулирования или воздействия на пациента. Эти приемы включают: предоставление информации, одобрение и поощрение определенных высказываний и поведения, эмоциональную поддержку, конфронтацию, убеждение, внушение и т. д.

*Общая структура интервью* состоит из следующих последовательных элементов. Первым ее элементом является установление психологической атмосферы доверия и откровенности в общении терапевта с пациентом. Психолог (врач) внимательно, не перебивая, выслушивает больного, наблюдая за невербальными реакциями пациента, фиксируя для себя типичные для него слова и обороты. Это поможет определить ключевые для больного проблемы. Люди более благодарны собеседнику, когда слушают их, чем когда они сами слушают нас. Умение выслушать означает умение выразить настоящую и искреннюю заинтересованность другим человеком. Выслушивание, прежде всего, означает обратную связь с мыслями и чувствами клиента, побуждает пациента и далее говорить о своей жизни и затруднениях в ней. Верно сказал об этом К. Роджерс: "Очень важен для нас человек, который может выслу-

шать и услышать меня; без оценок, без советов, обсуждения и диагностики. Просто слушать и реагировать. И чувства, которые казались ужасными, больше не кажутся такими; проблемы, которые казались неразрешимыми, не кажутся такими".

Вторым элементом интервью служит предоставление необходимой, понятной для больного, информации, разъясняющей имеющиеся у него вопросы и сомнения относительно болезни и лечения. Просвещение способствует усилению веры больного во врача (психолога) как знающего специалиста.

Третьим элементом является обсуждение с пациентом динамики проявлений болезни и хода лечения.

Четвертым элементом может быть обсуждение какой-либо важной проблемы больного, связанной с жизненной ситуацией, межличностным или внутриличностным конфликтом.

Пятой, заключительной стадией интервью, является подведение итогов. Выясняется, что усвоил больной, чего мы достигли с точки зрения психолога (врача), намечаются дальнейшие задачи лечения и реабилитации, подчеркивая активное участие в этом самого пациента. Акцент на том или ином элементе беседы может быть различным в зависимости от характера заболевания, личности пациента, применяемых методов и этапа терапии.

*Формы контакта* могут быть различны, но весь их диапазон тяготеет к двум полюсам: *руководство со стороны терапевта* и *сотрудничество (партнерство)*. При стиле психотерапевтического руководства психолог (врач) занимает ведущую, активную позицию, а больной остается сравнительно малоактивным. Нередко такой специалист наделяется "магическими" качествами, и больные крайне восприимчивы к его суггестивным влияниям. Особенно это относится к социально незрелым пациентам, нуждающимся в руководстве, в авторитетных советах, при слабой мотивации к лечению и пассивности. Такой тип контакта наиболее эффективен на первых этапах лечения. Психолог (врач) при этом применяет формы психотерапевтического воздействия, содержащие успокоение, разъяснение, советы, рекомендации, убеждение и внушение. Психотерапевтическое руководство в сочетании с эмпатическим подходом помогает таким больным путем подражания, идентификации лучше усваивать позиции психолога (врача) и тем самым вырабатывать адекватные установки и формы поведения. Недостатком этого типа взаимоотношений является низкая активность больного, а также нередко зависимость от психолога (врача) по завершению лечения.

Для другого типа взаимоотношений психолога (врача) и пациента – психотерапевтического сотрудничества (партнерства) – характерно стремление терапевта с первых же встреч с клиентом добиться максимально возможной его активности в процессе лечения. Подобный вари-



ант взаимодействия наиболее эффективен у больных, стремящихся противодействовать болезни. Психолог (врач) при этом считает, что пациент самостоятелен в принятии решений относительно лечения, вопросов, связанных с актуальной жизненной ситуацией и т. д. Терапевт обсуждает с клиентом все необходимые в лечебном процессе действия, оставляя право принятия решения за пациентом. Если на первом этапе лечения врач (психолог) избирает стиль руководства, то в последующем, с учетом развития взаимоотношений, он гибко может перейти на более продуктивный стиль сотрудничества, позволяющий больному самостоятельно решать вопросы реальной жизни после завершения лечения.

На *тип контакта* влияет и *характер заболевания*. При тяжелых заболеваниях, нарушающих сознание, позиция врача абсолютно директивна (он спасает больного). При острых заболеваниях, без нарушения сознания уже может включаться психотерапевтическое воздействие (разъяснение, убеждение, эмоциональная поддержка, гипноз, аутогенная тренировка, поведенческий тренинг). При хроническом течении болезней и на этапе реабилитации преобладает такая форма взаимодействия терапевта и больного как сотрудничество (партнерство). Для этого необходима выработка у пациента адекватной концепции собственного заболевания и понимание сути лечебной программы. Психолог (врач), в данном случае, выступает в роли специалиста – помощника, содействующего развитию у больного активности, самостоятельности и ответственности, формированию доминирующей мотивации к выздоровлению или активной позиции при наличии последствий заболевания. Конечно, сотрудничество врача (психолога) и больного не представляет собой вполне равноправного партнерства. Они являются равными с точки зрения взаимного уважения, доверия и понимания, но неравными в том смысле, что один чувствует себя бессильным, обращается за помощью к другому как к специалисту, а тот в силу компетентности в данной области способен эту помощь оказать. Удовлетворенность пациента от результатов терапии всегда зависит от согласования лечебных целей и ожиданий больного.

Всегда надо помнить, что больной человек существует в микросоциальном окружении. Его болезнь отражается на близких пациенту людях. Поведение родственников больного может как способствовать выздоровлению, так и мешать ему. В первую очередь важно выяснить, как семья относится к пациенту, как справляется с конкретной стрессовой ситуацией, вызванной его болезнью, как семья и он поддерживают друг друга в этой ситуации. Семья больного ожидает от врача (психолога) разъяснений относительно того, чем болен пациент, как ему помочь, каков прогноз и как приспособиться к новой ситуации. Необходимо обязательно успокоить ее членов, дать соответствующие разъяснения, чтобы семья не была невольным источником тревоги для больного. В ост-

ром периоде заболевания, в большинстве случаев, члены семьи испытывают потребность в оказании помощи и уходе за больным. Полезно, в психологических целях, хотя бы частично удовлетворить эти потребности для их успокоения и в последующем привлечь родственников к активному участию в мерах по восстановлению здоровья пациента. Далее следует проводить психологическую коррекцию отношений между пациентом и членами семьи, изменившихся в связи с исключением больного из семейной жизни. Родственники могут проявить тенденцию к чрезмерной опеке над пациентом, что нежелательно, т. к. снижает его самооценку, и так пострадавшую в результате болезни. Врач (психолог) должен убедить родственников в том, что важным моментом в психологической реабилитации больного является поддержка в нем чувства собственного достоинства, веры в свои силы, необходимости в нем. Больной должен чувствовать себя полноценным членом семьи.

### **Лекция 15. Психология общения социального работника (врача) с больным и его родственниками. Навыки контакта (продолжение)**

Социальному работнику (психологу) необходимо обладать *коммуникативной компетентностью*, т. е. уметь в полной мере оценить психологические (психопатологические) особенности больного, правильно устанавливать и эффективно поддерживать контакты с пациентами, а также их родственниками для достижения лучшего взаимопонимания и, в конечном счете, более полной реабилитации (ресоциализации) нуждающихся.

Как уже указывалось выше, *клиническое интервью* преследует две цели – диагностику и терапию, которые неразрывно связаны в его процессе. Принимаются в расчет не только жалобы пациента, но и активно выявляются скрытые, часто непродуктивные мотивы поведения человека, оказывается психотерапевтическая помощь в их осознании больным для коррекции своего поведения, оказывается постоянная психологическая поддержка.

Эти цели трудно выполнимы без знания правил, техник и технологий проведения интервью, к описанию которых мы и приступаем.

Прежде чем начать интервью, необходимо создать *психотерапевтическую обстановку* в кабинете, где будет проходить встреча с пациентом. Помещение должно быть отдельным, уютным и звуконепроницаемым. Свет не должен падать на клиента. Необходима удобная мебель, интерьер комнаты не должен быть загроможден, чтобы не отвлекать внимание пациента. Нежелательно присутствие на видных местах вещей (семейные фотографии, спортивный инвентарь, предметы культа и др.), отражающих личные пристрастия социального работника (психолога), которые могут не совпадать с пристрастиями и убеждениями клиента, что может вызвать ненужную конфронтацию.

Клиенту необходимо дать ориентиры: сколько времени займет встреча (обычно 50 минут), каково количество встреч, их периодичность (обычно один раз в неделю), каковы цели, задачи, содержание и возможные результаты совместной с пациентом работы. Это называется *технологией структурирования* (по В. В. Макарову, 2000). Консультативное пространство тоже должно быть структурировано (Р. Кочюнас, 1998).

Встреча начинается со знакомства. Встречая клиента, следует придерживаться определенных правил: встать и встретить клиента на полпути, представиться и познакомиться, попросив назвать свое имя, отчество и фамилию, и выяснить, какую форму обращения он предпочитает. Предложить клиенту сесть, указав место или позволить это сделать, если есть возможность, самому. Большое значение для создания обстановки сотрудничества имеет позиция собеседников и расстояние между ними во время интервью. Для устранения барьера общения социальный работник (психолог) и пациент должны сидеть на одной стороне стола, рядом, под углом 45 градусов друг к другу, на расстоянии 100–120 см, которое может меняться в зависимости от отношений участников беседы, интимности темы обсуждения, культурных различий. Такое положение участников интервью позволяет следить за невербальными знаками пациента. Из-за неправильно выбранной дистанции, некоторые важные темы вообще могут быть не затронуты. Личная дистанция позволяет социальному работнику (терапевту) при обсуждении болезненных и интимных (но не эротичных!) вопросов осуществить спонтанное, искреннее прикосновение, подчеркивая эмоциональную поддержку пациента. Для возможности раскрытия пациента необходимо дать ему гарантию полной *конфиденциальности* беседы.

*Технология сближения* подразумевает сближение участников интервью до уровня продуктивного контакта. Присоединение до уровня продуктивного контакта достигается подстройкой к позе, движениям, дыханию, речи клиента. Мы зеркально копируем позу собеседника и вскоре начинаем ощущать тот же уровень мышечной скованности (раскованности), что и наш пациент. Через некоторое время мы меняем позу, и собеседник, следуя за нами, меняет позу. Это значит, что присоединение позой наступило. Так же мы отражаем движения пациента своими согласованными (симметричными) движениями. Мы наблюдаем за частотой и глубиной дыхания собеседника и начинаем дышать, как он, проверяя остановкой своего дыхания присоединение клиента. Важно присоединиться к так называемой репрезентативной системе пациента (см. лекцию 2). При визуальном типе во время произвольного мышления человек часто смотрит вверх, при аудиальном – глаза совершают движения в горизонтальной плоскости, при кинестетическом – глазные яблоки опускаются вниз. Подстройка под репрезентативную систему состоит в том, что мы активизируем тот свой канал передачи и восприятия

информации, каким преимущественно пользуется собеседник, употребляя слова, характерные для этого типа. Мы присоединяемся к процессуальным словам пациента "вижу", "слышу", "чувствую", присоединяемся к темпу его речи, эмоциональной насыщенности, высоте голоса. Важно присоединение к временному пространству клиента. Когда мы говорим о проблеме в прошедшем времени, то смягчаем переживания и уводим проблему в прошлое, когда говорим в будущем времени – пациент как бы получает возможность изменения. Наиболее интенсивно воздействие и переживания, когда мы говорим о проблеме в настоящем времени. Каждое присоединение разрушает ощущение одиночества, отдаленности и обделенности. Важно также научиться отсоединению. Обычно отсоединение проводится в обратной присоединению последовательности. Сначала происходит отсоединение глазами, затем дыханием, позой и в последнюю очередь вербально. Для плавного завершения контакта разработаны специальные вербальные приемы отсоединения. Задаются вопросы: "Простите, верно ли я Вас понял...?", "Если я ошибусь, поправьте меня, пожалуйста". Терапевт присоединяется к концу фразы пациента и вводит формулу завершения беседы.

В. В. Макаров (2000) указывает на *технология персонализации*. Когда мы заинтересованы в близком контакте, важна персонализация. Собеседники обращаются друг к другу по имени и отчеству, подчеркивая неповторимую индивидуальность человека. Необходимо усиленно использовать местоимения "Вы", "Ваше", стимулируя собеседника говорить предложениями, которые отражают его и только его личный опыт, трудности, проблемы.

С собеседником складываются *межличностные отношения*. Для них важна искренность терапевта, спонтанные реакции, которые делают отношения более глубокими, устраняют дискомфорт и излишнее напряжение. Правильная оценка возникших межличностных отношений важна в начале и в конце интервью. Произвести и осознать такую оценку лучше всего тогда, когда мы слушаем человека.

*Технология слушания* – одна из важнейших психотерапевтических процедур, особенно в начале интервью. Социальному работнику (психологу) необходимо приучать себя активно слушать пациента, словами и действиями поддерживать свою заинтересованность, боковым зрением наблюдая за речью, мимикой собеседника и его другими невербальными реакциями, а также вегетативными проявлениями. Они передают искренние чувства и переживания клиента. Невербальные сигналы с трудом поддаются волевому контролю, поэтому диссонанс между вербальным и невербальным сообщением свидетельствует о неискренности собеседника. Социальный работник (психолог) должен научиться контролировать свои невербальные и вербальные реакции, чтобы не нарушить терапевтический союз с клиентом.

Основная цель невербальной поддержки пациента – показать, что социальный работник (психолог) внимателен и заинтересован его проблемами. Приведем наиболее общие рекомендации:

- необходимо соблюдать личную дистанцию (около 1 м); если при попытке интервьюера сократить дистанцию пациент отодвигается, то не следует далее пытаться к нему приблизиться;
- следует достаточно часто смотреть в глаза пациенту (если это не создает ему дискомфорта) и давать ему возможность смотреть в глаза интервьюера, когда он сам испытывает такую потребность;
- важно заметить в поведении пациента жесты, говорящие о его тревоге – сидение на краешке стула, закрытая поза, беспокойные руки, стремление увеличить дистанцию и т. д., а также жесты, свидетельствующие о том, что пациент говорит неправду – частые прикосновения рукой к лицу, защиту рта рукой, прикосновение к носу, потирание век, отведение во время речи взгляда в сторону и др.;
- необходимо как можно чаще использовать открытые позы (т. е. когда руки и ноги не скрещиваются), демонстрировать пациенту открытые ладони, применять жесты, говорящие о заинтересованности в собеседнике (например, легкий наклон тела в его сторону, фиксацию взгляда и др.);
- следует избегать защитных жестов (например, скрещенные на груди руки, держание в руках какого-либо предмета в качестве барьера, агрессивных жестов, показывающих доминирование (сжатие пальцев в кулак, отставленный большой либо указательный палец, шпилькообразное положение ладоней, взгляд исподлобья или поверх очков и др.), а также жестов, демонстрирующих скуку и не заинтересованность (например, когда ладонь подпирает голову или когда интервьюер повернут боком к пациенту). Для улучшения невербальных коммуникаций полезен специальный тренинг этих навыков.

Речь интервьюера должна быть правильной, краткой и точной, понятной пациенту. Следует избегать длинных предложений, слов-паразитов, канцеляризмов, многословия, медицинского жаргона, ненужных повторов, потенциально устрашающих слов, а также менторского тона. Целесообразно использовать в своей речи слова и фразы клиента.

Можно смело утверждать, что качество отношений между людьми в немалой степени зависит от умения выслушать и услышать.

То, как люди строят предложения – ключ к пониманию их внутреннего мира, их переживаний и проблем. Сами слова и обороты, используемые клиентом, часто сообщают о нем больше, чем то, что он стремится выразить ими. Выбор слов свидетельствует о настроении, образовании, происхождении, культурном уровне и о многом другом. Важен поиск ключевых слов, утверждений и объяснений. Так, клиент

может повторять: "должен", "обязан", "необходимо". Это свидетельствует о том, что он живет там, где часто безрадостно выполняет свой долг. Надо помнить также, что понимание одних и тех же слов и оборотов у клиента и терапевта может существенно различаться (это необходимо обязательно прояснить). Важен также учет силы и тембра голоса, пауз и молчания.

К числу важнейших коммуникативных навыков относят способность интервьюера выражать *эмпатию*, т. е. умение безоценочно войти во внутренний мир другого человека, чутко уловить его состояние, способность к его пониманию, сопереживанию. Способами демонстрации эмпатии могут быть: открытая поза, взгляд в глаза, похлопывание по плечу, прикосновение, повторение позы пациента, разделение его чувств, слова одобрения и поддержки, молчание и т. д. Происходит своего рода обмен "доверием" между участниками диалога, вплоть до самораскрытия интервьюера. Эмпатия помогает терапевту понять, что мешает клиенту раскрыться, и позволяет наметить пути необходимых перемен в позициях и поведении больного.

Социальному работнику (психологу) необходимо обладать *навыками сбора информации*. Этому служит уточнение и прояснение сообщенной клиентом информации, умение задавать вопросы и управлять беседой, суммирование. *Вопросы* задаются по одному и каждый на своем месте в контексте беседы. Необходим правильный баланс открытых и закрытых вопросов. *Открытые вопросы* формулируются таким образом, чтобы в них отсутствовал даже намек на какой-либо ответ. Они преобладают в начале беседы. Открытые вопросы позволяют собеседнику выплеснуть переполняющие его чувства. Примерами таких вопросов могут быть следующие: "Поговорим?", "Начнем?", "Я Вас внимательно слушаю" и т. п. Открытые вопросы являются стимулами, побуждающими пациента к разговору. Использование открытых вопросов улучшает и углубляет контакт с клиентом, позволяет понять его чувства и взгляды на происходящее с ним.

Полузакрытые вопросы типа: "Не могли бы Вы...?" дают дополнительные возможности в беседе, смягчают жестко задаваемые вопросы. Вопросы, начинающиеся со слова "как", ориентированы на личность собеседника: "Как Вы себя чувствуете?". Вопрос, начинающийся со слова "что", ориентирован на факты и менее личностно значим. Например: "Что с Вами случилось?". Не рекомендуется начинать вопрос со слова "почему", т. к. это часто вызывает протест у собеседника.

*Закрытые вопросы* – уточняющие, подразумевающие альтернативный ответ "да" или "нет", задаются обычно в конце беседы. Следует избегать использования наводящих вопросов, а также вопросов множественных, когда пациенту в одной фразе предлагают ответить на несколько различных вопросов, ответы на которые могут не совпадать,

или вопросов двусмысленных, неточных. Применяются также вопросы-фильтры, цель которых прозондировать значение для пациента той или иной ситуации. Если клиент после Вашего вопроса "уходит" от темы беседы, высока вероятность того, что Вы задали вопрос-фильтр. Эта тема для него важна и одновременно нежелательна для обсуждения, хотя в дальнейшем, при установившемся хорошем контакте, следует вернуться к ней.

Качество интервью повышается, если интервьюер постоянно стремится к *уточнению* и *прояснению* любых слов, высказываний, переживаний пациента, которые кажутся терапевту неясными, двойственными, недостаточно определенными, типа: "мне плохо", "у меня в жизни случился стресс" и т. п. При этом нужно попросить пациента привести пояснения, примеры, сравнения, которые позволят прояснить его высказывание (например: "Что Вы называете стрессом?", "Так ли я Вас понял?" и т. д.). В первую очередь необходимо выяснить причины визита и ожидания от встречи.

*Управление беседой* заключается в способности интервьюера постоянно держать нить беседы в своих руках и направлять ее так, как это нужно ему, не выходя при этом авторитарным. Методом, с помощью которого этого можно добиться, служит похвала, *одобрение* (позитивное подкрепление) клиента в том случае, когда он, по мнению интервьюера, ведет себя адекватно. Если же пациент явно отклоняется от темы беседы, становится многословным, либо фамильярным, необходимо сразу же прекратить активное слушание, увеличить дистанцию, напомнить ему о цели встречи и отведенном на нее времени, не сбиваясь при этом на командный тон, например, следующими словами: "То, о чем Вы сейчас рассказываете, очень интересно, однако наша главная цель – обсудить...", "У нас осталось только ... минут, и если мы будем отклоняться, то не успеем сделать главного, поэтому давайте вернемся к ...".

Сбор информации должен завершиться *суммированием*, в котором интервьюеру следует вслух кратко обобщить основные результаты, по которым в ходе обсуждения было достигнуто соглашение с пациентом.

*Навыки передачи информации и обучения пациента* используются в конце интервью и заключаются в способности интервьюера суммировать собранные сведения, интерпретировать проблему пациента, предложить пути выхода из нее, посоветовать, как лучше вести себя в данной ситуации, дать клиенту лаконичную, недвусмысленно ясную и понятную информацию в отношении дальнейших действий (например, место и время следующей встречи, ее цель и т. д.), а также проверить степень ее понимания. Для усиления усвояемости информации желательно использование повторов (разными словами) и категоризации (во-первых..., во-вторых..., и т. д.). Полезно помнить, что наиболее важные сведения даются первыми. Возможна проверка на внимание – попро-

сильно повторить инструкции психолога (врача). Лучше, если информация передается не только словесно, но и в визуальной форме (например, в виде демонстрации и короткого обсуждения, полученного в результате интервью профиля проблем пациента). Это существенно повышает вовлеченность пациента в процесс терапии и его готовность следовать намеченному плану.

*Завершение интервью (воздействующее резюме)* – важный заключительный аккорд беседы. Целесообразно коротко обобщить результаты, которые удалось достичь за время работы, и самое главное, подсказать клиенту, как перенести эти результаты на поведение в реальной жизни.

### **Лекция 16. Психология работы с больными, испытывающими страх и тревогу**

В практике психолога, социального и медицинского работника постоянно будут пациенты, испытывающие страх и тревогу. Разновидности страха и тревоги подробно описаны в лекции № 4.

В ситуации болезни, особенно в ее начале, человеком овладевают беспокойство, опасения, тревога: "со мной что-то происходит", "не болен ли я?", "чем это кончится?" и т. д. В силу механизмов психологической защиты больной не всегда или не полностью делится своими опасениями с окружающими. Он сосредотачивается на своих ощущениях, размышляет о возможных причинах и последствиях болезненного состояния, фиксируется на этой теме в ущерб остальным видам повседневной деятельности и социально дезадаптируется. Психолог, социальный работник, врач должны уметь, чтобы не усилить опасений, выявить состояние тревоги у пациента. Американские ученые Т. Дж. Мак Глинн и Г. Л. Меткалф (1989) выделяют шесть этапов диагностики тревожного расстройства:

*Этап 1.* Выслушивание (в первую очередь, не столько слов, а того, что эти слова значат для больного).

*Этап 2.* Расспрос (выслушав историю пациента и построив свои предположения, начинайте сбор дополнительных специфических данных о симптомах, отмеченных больным; выделяйте симптомокомплексы тревоги, соблюдайте все правила клинического интервью; см. лекции 14 и 15).

*Этап 3.* Оценка (внешнего вида и поведения, настроения, темпа и содержания мышления и речи, состояния интеллектуальных функций, критичности к своему состоянию, степень потери трудоспособности и социальной адаптации).

*Этап 4.* Обследование (пульс, артериальное давление, лабораторные исследования).

*Этап 5.* Информирование (при наличии симптомов тревоги сообщите больному о возможном развитии у него тревожного расстройства



и выясните его собственные убеждения и догадки на этот счет, информируйте пациента о сути симптомов тревоги и методах ее лечения).

*Этап 6.* Подведение итогов (исключите наличие другого заболевания, сопровождающего тревогой (алкоголизм, наркомания, депрессия и т. д.).

Особо следует выделить связь между информированностью и тревогой. Питательной почвой для тревоги является недостаток информации о болезни и ее лечении. Обучение больного составляет важную часть терапии. Оно может вселять в больного уверенность, способствовать выполнению им терапевтических рекомендаций и тем самым улучшать прогноз заболевания и социальную адаптированность пациента.

Психологу (социальному работнику) будет не сложно констатировать наличие тревоги у пациента, опираясь на жалобы и объективные легко фиксируемые вегетативные признаки, характерные для данного состояния. Перечислим эти признаки: ощущение удушья и "комка в горле"; учащенное сердцебиение; обильное потоотделение (потные ладони); ватные, "не свои" ноги; тошнота, понос; учащенное дыхание; чувство сдавления, дискомфорта в груди; слабость, головокружение; приливы жара или озноб; неспособность расслабиться; напряжение в мышцах; сухость во рту, учащенное мочеиспускание; повышенная пугливость; трудности концентрации внимания; трудности засыпания и нарушение ночного сна; раздражительность и нетерпеливость; страх смерти или того, что сейчас может произойти что-то ужасное.

Симптомы, характерные для тревоги, встречаются при различных расстройствах. Так, выделяют *расстройство адаптации с тревожным настроением*. Возникают после психосоциальных стрессов и сопровождаются нарушениями профессиональной и социальной деятельности. Генерализованное тревожное расстройство характеризуется осознанной тревогой, сочетающейся с выше описанными соматическими симптомами и длительным течением (не менее 6 месяцев).

*Паническому расстройству* присущи неожиданные, беспричинные приступы тревоги, сопровождающиеся страхом смерти (от удушья, от остановки сердца) и бурной вегетативной симптоматикой. Длительность приступов от 10 до 60 минут. Паническое расстройство часто сочетается с *агорафобией* – страхом нахождения в местах, где в случае приступа будет трудно оказать медицинскую помощь (в толпе, транспорте, на улице и др.). Такие пациенты избегают указанных мест, порой полностью социально дезадаптируясь (оставляют работу, не ездят в транспорте, сидят дома, выходят на улицу только в сопровождении родных или медицинских работников).

*Обсессивно-компульсивное расстройство* характеризуется постоянными obsessions (навязчивыми, тягостными мыслями, опасениями, сомнениями), которые осознаются больными как бессмысленные (име-

ется критика к ним) и компульсиями, непроизвольно совершаемыми действиями (ритуалами), для предотвращения возможных нежелательных последствий. Обсессии обычно провоцируют тревогу, которая нейтрализуется компульсиями. Обычно компульсиями становится мытье рук, перепроверки, прикосновение, счет и перекладывание предметов в определенном порядке и др.

*Простой (изолированной) фобией* называется постоянный, чрезмерный, необоснованный страх чего-то конкретного (животных, мышей, высоты и др.) сопровождающийся тревогой и избегающим поведением. В случае *социальных фобий* эпизоды выраженной тревоги возникают при столкновении с ситуациями, в которых пациент опасается совершить что-то социально неодобряемое или в которых может пострадать его самооценка (страх публичных выступлений, приема пищи и физиологических отправлений на глазах у других и т. д.).

*Посттравматическое стрессовое расстройство*, развивающееся у части людей после серьезных психотравмирующих событий (участие в боевых действиях, нахождение в плену, изнасилование, катастрофы и др.), тоже включает симптомы тревоги. Необходимо также отметить частое сочетание тревожных и депрессивных расстройств с вытекающей из этого опасностью суицида.

Психолог (социальный работник) может оказать терапевтическое воздействие на тревожного пациента, используя различные методы.

К дидактическим методам относятся разъяснение больному природы его страданий, сообщение ему о широкой распространенности тревожных расстройств и достаточной эффективности их лечения. Такого рода просвещение успокаивает пациента. Наконец, после длительного периода неопределенности подтверждает его статус больного известным и излечимым заболеванием.

С учетом психогенной этиологии тревожных расстройств, психолог (социальный работник) оценивает стиль жизни пациента и дает советы по преодолению жизненных стрессов, правильной организации труда, отдыха и сна, режиму питания (исключению повышающих тревогу кофеина, алкоголя). Психотерапевтические методы также применимы в практике коррекции тревожных расстройств. Психологу (социальному работнику) вполне по силам психотерапевтическая беседа, включающая элементы внушения в обрамлении дружеского участия, внимательного выслушивания, постоянного подбадривания с телесными прикосновениями. Систематическая десенсибилизация эффективна в терапии фобий. В соответствии с этой методикой пациент и терапевт составляют шкалу сцен страха, ранжируя их по возрастающей – от наименее до наиболее тягостных. Применяя приемы прогрессивной мышечной релаксации (дважды в день по 15–20 минут больной напрягает и расслабляет различные группы мышц) и представляя в состоянии рас-

слабления все более тягостные сцены, пациент значительно ослабляет и даже ликвидирует симптомы тревоги.

Социальные методы коррекции тревожных расстройств подразумевают в первую очередь работу с семьей пациента, в которой часто запускаются и поддерживаются механизмы тревожных нарушений. Психолог (социальный работник) помогает, выяснив обстановку, членам семьи тревожного пациента, осознать степень их участия в возникновении и поддержании симптомов тревоги, переноса своих собственных смешанных чувств по поводу недугов больного, стремится сделать их своими союзниками в деле лечения их родственника. Наряду с социальными и психологическими методами в терапии тревожных расстройств применяются психотропные средства (транквилизаторы и антидепрессанты), назначаемые врачом.

### **Лекция 17. Психология работы с хроническими больными и умирающими. Психология повседневной работы по уходу за больными**

В предыдущих лекциях мы уже познакомились с психологией заболевшего человека, попавшего в стрессовую для него жизненную ситуацию. Однако у него всегда присутствует оптимистическая перспектива выздоровления. В практике социального работника (психолога), к сожалению, достаточно часто, будут встречаться хронически больные, месяцами и годами находящиеся в болезненном состоянии, у которых течение болезни неблагоприятно и может привести к инвалидности и смерти.

Как и у больных с менее тяжелыми заболеваниями, у хронически больных, особенно на первых этапах болезни, отмечаются эмоциональные реакции тревоги, страха, депрессии. Постоянно присутствуют переживания, вызванные последствиями болезненных расстройств, изменением трудоспособности, семейного положения, ограничением социальных контактов. В отличие от других больных у хронически больных наблюдаются более выраженные психические изменения, заключающиеся в перестройке всей личности больного, формировании аномальных и эгоцентрических установок, защитных и компенсаторных личностных образований, изменении жизненной направленности и самосознания.

Клиническая картина хронического соматического заболевания определяется сочетанием действий трех факторов: *биологического* (интоксикация, гипоксия), *психологического* (изменение личности в условиях длительной болезни) и *социального* (ограничение возможностей общественной жизнедеятельности). Биологический фактор ведет к снижению возможностей нервной системы, проявляется астеническим синдромом (раздражительность, эмоциональная лабильность, ослабление мыслительных процессов у длительно болеющих).

Психологический фактор представлен внутренней картиной болезни (см. лекцию 10) – характером отражения заболевания в сознании человека, формированием новых личностных черт в условиях длительной неблагоприятной болезни. В дополнение к ранее сказанному приведем несколько классификаций, имеющих отношение к данному вопросу у зарубежных авторов. Так, А. Гулек (1969) предлагает учитывать:

- продолжительность заболевания;
- тяжесть нарушений и диапазон вызванных болезнью ограничений;
- вид инвалидности;
- возраст перехода на инвалидность;
- уровень интеллектуального развития;
- особенности преморбидной личности.

Д. Г. Бирн (1982) полагая, что реакция на болезнь зависит от характера и прогноза заболевания, выделяет девять типов:

- 1) фиксация на болезни;
- 2) психосоциальные переживания;
- 3) аффективный срыв;
- 4) аффективное торможение;
- 5) субъективное напряжение;
- 6) осмысление болезни;
- 7) субъективные нарушения;
- 8) уход в болезнь;
- 9) вера в помощь врача;

Липовски (1983) предлагает свою типологию "психосоциальных реакций на болезнь", выделяя в них три компонента:

1. *Реакции на информацию о заболевании ("значение болезни").*

Разное "значение болезни" может быть источником следующих реакций:

- болезнь – угроза или вызов, а тип реакций – противодействие, тревога, уход, борьба (иногда паранойяльная);
- болезнь – утрата, соответствующие типы реакций: депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушение режима;
- болезнь – выигрыш или избавление, а типы реакций при этом: безразличие, жизнерадостность, нарушение режима, враждебность по отношению к врачу;
- болезнь – наказание, при этом возникают реакции типа угнетенности, стыда, гнева.

2. *Эмоциональные реакции на болезнь*, среди них наиболее распространенными являются тревога, горе, депрессия, стыд, чувство вины.

3. *Реакции преодоления болезни* дифференцируется по преобладанию в них когнитивного или поведенческого компонента. Когнитивный стиль преодоления характеризуется: а) преуменьшением личностной значимости болезни; б) пристальным вниманием ко всем ее проявлениям.

Поведенческий стиль также имеет несколько разновидностей:

- борьба или активное сопротивление;
- капитуляция перед болезнью;
- попытка "ухода".

Неадекватное отношение больного к своему заболеванию, патологическое переживание болезни может стать условием перестройки иерархии потребностей и мотивов, изменения всей личности больного.

Социальный фактор довлеет над всеми проявлениями болезни. Неопределенность прогноза заболевания или негативный прогноз нарушают возможности планирования жизненных целей, сужают временную перспективу, необходимую для нормальной человеческой жизнедеятельности. Активность, целеустремленность, установка на самореализацию и достижения, направленные в будущее, утрачивают свой смысл в ситуации тяжелого соматического заболевания, фрустрирующего основные человеческие потребности социального и физического существования.

Специфическая ситуация тяжелой болезни актуализирует у таких больных мотив сохранения жизни, который становится главным побудителем и смыслообразующим мотивом их деятельности. Все остальное (достижения, деньги, слава и т. д.) кажется бессмысленным. Необходимыми и осмысленными представляются только формы деятельности, связанные с лечением и сохранением физического существования.

В. В. Николаева (1987) приводит критерии измененной в результате хронической болезни личности:

- 1) изменение содержания ведущего мотива деятельности (формирование нового мотива ведущей деятельности – патологическое голодание при анорексии, например);
- 2) замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого порядка (например, мотив только "самообслуживания" при ипохондрии);
- 3) снижение уровня опосредованности деятельности (деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется, "только то, что необходимо для жизни");
- 4) сужение основного круга отношений человека с миром, т. е. сужение интересов, обеднение мотивационной сферы (изоляция, аутизация);
- 5) нарушение степени критичности, самоконтроля.

Клинические формы изменения личности носят разнообразный характер, они могут проявляться:

- в виде изменения эмоций (депрессия, раздражительность, агрессивность);
- в виде нарушений мотивационной сферы (апатия, бездумность);
- в виде изменения отношения к себе и окружающим (нарушение критики, ограничительное и регрессивно-инфантильное поведение);
- в виде нарушения активности (аспонтанность).

Достаточно часто наблюдаются эгоцентризм, равнодушие к близким, капризность, жалобы на недостаточное внимание, конфликтность, сутяжное поведение.

Каждое хроническое заболевание имеет свои клинические особенности, зависящие от природы болезни, но многие исследователи склоняются к мысли, что существует типичный паттерн поведенческих и личностных изменений, имеющих вариации у разных больных в зависимости от преморбидных черт характера и ситуационных условий. В качестве примера приведем динамику реагирования больных на такое хроническое и опасное заболевание как рак. Выделяется пять следующих фаз реагирования на злокачественное новообразование (Kubler – Ross):

1. Первая фаза (анозогнозическая) появляется вслед за первым предположением о наличии онкозаболевания. Она характеризуется отрицанием наличия у себя рака, преуменьшением тяжести своего состояния, убежденностью, что диагноз ошибочен.

2. Вторая фаза (дисфорическая) наступает после подтверждения диагноза и проявляется бурным протестом, "почему именно я?" и агрессией в отношении окружающих или самого себя (суицид).

3. Третья фаза (аутосуггестивная) характеризуется принятием диагноза и пониманием необходимости длительного интенсивного лечения в сочетании "с ведением торга" – "главное, чтобы не было болей".

4. Четвертая фаза (депрессивная) наступает после длительного периода терапии и проявляется постепенной утратой надежды на выздоровление, появлением подавленности и пессимизма.

5. Пятая фаза (апатическая) появляется на последних этапах заболевания и выражается примирением больного с судьбой, принятием любого исхода, безразличием к окружающему.

Социальному работнику (психологу), в процессе их деятельности, приходится сталкиваться с умирающими. Знание их психологических реакций на опасность и близость смерти поможет правильно вести себя в сложной ситуации, облегчить своим пациентам тяжесть расставания с жизнью, дать эмоциональную опору, поддержать и утешить. Р. Конечный и М. Боухал (1983) выделяют следующие реакции умирающих:

- смирение и спокойное принятие неизбежного;
- пассивная капитуляция, проявляющаяся в апатии и безразличии;

- уход в обычные разговоры и воспоминания;
- уход в фантазии о бессмертии;
- компенсаторная деятельность как полезная (завершение дел, семейных проблем, путешествия и др.), так и вредная (злоупотребление алкоголем, сексом, переедание и др.).

Даже в ситуации приближения смерти необходима психологическая помощь умирающему. Отрицательные психогенные влияния (неосторожное слово, жест, перешептывание и т. д.) могут быть последней каплей, убивающей волю больного к жизни. Наоборот, поддержка, апелляция к достойно прожитой больным жизни, лучшим воспоминаниям, альтруистическому поведению будут стимулировать в нем стойкость и мужество перед лицом смерти. К желаниям умирающего, какими бы они ни были, следует относиться с глубоким вниманием. Забота родных, внимание друзей, посещение ими больного, как и визиты социального работника жизненно необходимы для него. Следует проявлять большое чувство такта, "уметь слушать", не употреблять в разговоре слово "смерть", при прощании говорить "до завтра", вести себя так, чтобы у безнадежно больного не возникло ощущение, что он "списан со счета". Умиравший очень чувствителен к раздражителям – свет, темнота, шум могут мешать больному, это должно быть принято во внимание при уходе.

Социальный работник (психолог) обладает психологическими знаниями, поэтому при необходимости он может помогать родственникам умирающего правильно вести себя в отношении больного, а в случае летального исхода психологически поддержать их в тяжелую минуту.

По мнению многих врачей, до 50 % эффективности лечения зависит от ухода за больным. Правильный прием лекарств, соблюдение режима отдыха, сна, питания, эмоциональная поддержка страдающего от болезни, вселение веры в выздоровление – важнейшие факторы восстановления здоровья.

Значительные успехи и достижения современной фармакологии, появление на рынке новых эффективных лечебных препаратов, реклама, народная молва создают у болеющих представление о всемогуществе медицины. К сожалению, это не совсем так. Однако веру человека в "чудодейственные" лекарства необходимо использовать для получения оптимального эффекта лечения. Важно не только, какое лекарство принимает больной, но и кто его дает. "Врач уже сам по себе является лечебным средством, необходимо только принимать во внимание "дозировку" и побочные действия его личности", – говорил выдающийся психотерапевт М. Балинт. Репутация и правильное поведение врача, назначившего лекарство, слухи об эффективности "модного" препарата среди населения несомненно улучшают результат лечения. Понятие "ожиданий, связанных с эффективностью лечения" называется *плацебо-эффектом* (от

латинского слова *placere* – нравиться). Плацебо – действие не связано с фармакологическим действием лекарства. Эффект плацебо интуитивно используют знахари, народные целители и шарлатаны. Многие исследователи считают воздействие плацебо равнозначным с воздействием убеждения, внушения. Существует большое число лекарственных средств, которые не обладают химическим действием, но весьма популярны среди населения. В ряде работ отмечается плацебо-эффект у 35 % больных. При головной боли анальгин у 60 % больных можно заменить плацебо (индифферентной таблеткой). Плацебо-эффект можно увеличить путем улучшений внешнего вида и упаковки лекарства, путем применения его в благоприятной эмоциональной атмосфере. Может использоваться "семейный плацебо-эффект" (положительное мнение о лекарстве авторитетного члена семьи). Социальный работник тоже может быть таким авторитетом.

Некоторые больные в силу различных причин нерегулярно принимают назначенные врачом лекарственные препараты. Задача социального работника – напомнить больному о необходимости приема лекарств в назначенное время, осуществлять контроль их количества. Некоторые больные с суицидальной целью могут их накапливать. Социальный работник должен также вовремя заметить возникновение пристрастия больного к тому или иному препарату, чтобы исключить возникновение лекарственной зависимости.

Серьезной практической проблемой является *проблема боли и ее утоления*. Многие больные и инвалиды испытывают изматывающие их боли. Трудности объективной оценки выраженности болевого ощущения обусловлены тем, что наряду с длительностью и силой раздражения нервных окончаний играют роль индивидуальные особенности нервной системы и ее функциональное состояние, а также ряд психологических факторов. Так, ожидание и опасение боли, усталость и бессонница, неразрешимые личностные конфликты повышают чувствительность к ней. Напротив, отвлечение внимания, радость от удачи, традиции воспитания ("мужчина не плачет") снижают интенсивность болевых ощущений. Отношение человека к своему собственному телу, чувства, связанные с ним, ожидания, надежды, уровень культуры и проч. находят свое выражение в болевых ощущениях. "Боль есть живое представление о боли. Сделай усилие, чтобы изменить его, отбрось его от себя, не жалуйся и боль исчезнет!" – говорил Марк Аврелий. Это утверждение актуально для сильных личностей. Многие больные в силу длительных астенизирующих болезненных состояний и личностных особенностей не могут противостоять болям. Так называемые сенситивные личности на любую боль реагируют чрезмерно сильно, ипохондрики также зафиксированы на болях. Часто сложной задачей является устранение болей у истеричных больных и вечных жалобщиков, которые нередко пытаются ис-



пользовать свое заболевание для достижения различных привилегий (например, получения инвалидности). Психогенные боли (чаще головные) нередко возникают при неразрешимых и конфликтных ситуациях, неудовлетворенности своим положением (семейным, сексуальным, производственным и др.).

Наиболее простым способом утolenия болей является прием обезболивающих средств. Многие хронические больные употребляют их горстями, а медицинские работники часто идут у них на поводу. Чрезмерное потребление анальгетиков уменьшает их лечебный эффект и может привести к лекарственной зависимости. Часто боль гораздо проще утolenить, рассеивая опасения больного, оказывая ему эмоциональную поддержку. Суть эмоциональной поддержки заключается в таком поведении специалиста, чтобы пациент почувствовал, что врач, психолог, социальный работник полностью разделяют его переживания, сочувствуют ему, готовы проявить заботу и внимание. Подобное отношение часто дает больший эффект, чем применение болеутоляющих средств. С учетом психологического компонента боли, наряду с приемом анальгетика или плацебо могут быть полезны психотерапевтические приемы внушения, которые должны произноситься уверенным голосом: "Это поможет Вам от боли!", "боль скоро прекратится" и т. д. Формулы внушения могут сочетаться с применением местного массажа, втиранием анестезирующих мазей ("снижаем Вашу чувствительность").

Важную роль в поддержании хорошего самочувствия играет сон. У больных он часто нарушается, усиливая присущую болезням астению. Причины расстройств сна многообразны, однако значительный процент нарушений сна обусловлен эмоциональными нагрузками, конфликтами, переживаниями тревоги. Тревожные переживания, связанные с болезнью, часто является причиной трудности засыпания, депрессивные расстройства ведут к ранним просыпаниям. У стариков часто наблюдается инверсия сна – ночью они бодрствуют, а днем сонливы. С точки зрения психологии работы с больными, имеющими проблемы со сном, могут быть сделаны следующие важные выводы. Если больной жалуется на бессонницу, прежде всего следует удостовериться в том, действительно ли он не спал. Бывает, заявления больного не соответствуют реальности. Многие, несмотря на то, что спят всю ночь с короткими просыпаниями, встают утром с чувством, что они не выспались. Подобная ситуация характерна для невротических расстройств. Главная задача – не переубеждать больных в неправильности их заявлений, а выяснить те чувства, которые беспокоят пациентов, и объяснить им причину расстройств сна. Невротическую природу имеют и кошмарные сновидения, которым суеверными больными придается какой-то пророческий смысл. Необходимо внимательно выслушать больного и провести просветительскую работу, разъяснив, почему не верны толкования

снов на основе суеверий и сонников. Приведем некоторые простые практические рекомендации по нормализации сна. Необходимо ложиться спать в одно и то же время; не лежать в постели, смотря телевизор или читая требующего напряжения литературу; комната должна быть хорошо проветрена, температура в ней не очень высокой с необходимой влажностью воздуха, окна зашторены, радио отключено. Рекомендуются умеренно твердый матрац. Желательна вечерняя прогулка, теплая ванна. Ужин легкий (стакан теплого молока с медом, кефир), ни в коем случае не есть непосредственно перед сном. Исключение во второй половине дня крепкого чая, кофе, алкоголя. При невозможности уснуть всякие попытки заставить себя спать обречены на провал, необходимо встать и заняться какой-либо монотонной работой. Часто помогают и такие приемы, как обещание дать снотворное, если больной спокойно и расслаблено полежит какое-то время. Как правило, больные в таких случаях засыпают, до снотворного так дело и не доходит. Применение снотворных – это крайний случай. Хотя сейчас существует достаточный выбор современных, физиологично действующих транквилизаторов, необходимо постоянно помнить о возможности привыкания к ним при постоянном приеме.

Большое значение в лечебной деятельности имеет *питание* больных. Важен контроль за тем, действительно ли больной съедает полученную пищу, не накапливает ли ее (угроза порчи), ест ли он то, что ему противопоказано (например, при диабете). Питание тяжелого хронически больного человека требует большого такта и терпения, неадекватные эмоциональные реакции, объяснимые болезненным состоянием (раздражительность, агрессивность), смягчаются выдержкой обслуживающего персонала.

*Работа с родственниками больных* – необходимый атрибут деятельности врача, психолога, социального работника. Приходится заниматься установлением отношений с родными больного, охваченными опасениями, страхами и часто предъявляющими несправедливые требования и обвинения. Работая с родными больного (инвалида), мы получаем представление о среде, в которой он живет, выясняем личностные особенности родственников, степень их влияния (положительного или отрицательного) на больного, интересы, которые они преследуют в отношении больного. Родственников, оказывающих положительное влияние на больного и настроенных на сотрудничество, следует полностью информировать о болезни, лечении, возможных последствиях болезни, необходимом поведении по отношению к больному, чтобы это помогло его лечению и социальной адаптации. Проводится своего рода индивидуальное психолого-медицинское воспитание родственников больного. Нередко отношения с родственниками больных (инвалидов) непродуктивны из-за амбиций, давления на врача, психолога, социального ра-

ботника. Это часто объясняется "нечистой" совестью родственников, оправданным или неоправданным чувством, что они что-то недосмотрели и теперь стараются продемонстрировать заботу о больном. Еще хуже, когда больной (инвалид) одинок или родственники "забыли" о нем. Социальному работнику следует тактично намекнуть родственникам о желательности посещений ждущего их больного (инвалида) или взять на себя их роль.

В случаях острого ухудшения соматического состояния больного социальный работник должен вызвать скорую медицинскую помощь, а при острых психических расстройствах – психиатрическую бригаду. В других обстоятельствах – побеспокоиться о вызове на дом участкового врача. При отсутствии родственников, трудностях обслуживания и согласии больного (инвалида) он обязан ставить вопрос перед службами социальной защиты об оформлении пациента в дом престарелых (инвалидов).

### ***Лекция 18. Особенности работы с престарелыми. Психология больных и инвалидов с дефектами тела и органов чувств***

В связи с огромными социально-экономическими изменениями в мире отмечается изменение демографической ситуации. Улучшение уровня жизни, прогресс медицины привели к значительному увеличению продолжительности жизни людей. Повсеместно, в том числе и в Беларуси, наблюдается рост числа людей преклонного и старческого возраста. В нашей стране более 2 млн. чел. перешагнули 60-летний рубеж. Увеличение доли пожилых людей с сопутствующими возрасту заболеваниями и социальными проблемами, главная из которых – одиночество, ставит новые задачи перед службами социальной защиты и здравоохранения. Структура гериатрической медицинской помощи (специализированные поликлиники, больницы), находится в зачаточном состоянии. Социальные службы имеют в своем арсенале лишь дома престарелых и инвалидов, не могущие принять всех нуждающихся, слабо развита помощь на дому. Квалифицированные социальные работники должны заполнить эту образовавшуюся нишу.

Возраст в силу биологических и социальных причин накладывает отпечаток на психологию престарелого человека. Слабеют зрение и слух, нарушается координация движений, замедляются психические процессы (мышление, внимание, память), снижается интеллект. Утрачиваются социальные связи (в связи с выходом на пенсию, утратой друзей и близких). Весь комплекс этих факторов способствует появлению неадекватных эмоциональных реакций (ранимость, лабильность, раздражительность, тревога, депрессия и т. д.), заострению характерологических черт личности (экономный становится скрягой, боязливый – недоверчивым и т. д.). Появляются эгоцентризм, претенциозность, кон-

серватизм, сужение круга интересов. Становится трудным приобретать новые знания, умения. Переоценивается прошлое, доминируют приятные воспоминания. Формируется повышенный интерес к своему телу, ипохондричность. Зависимое от других положение вызывает неуверенность, ощущение своей неполноценности, пессимистическую оценку своих перспектив, страх перед одиночеством, беспомощностью, материальными затруднениями, смертью. Можно встретиться со случаями "впадения в детство", от окружающих ожидается материнское внимание и опека. Подобные личностные реакции нарушают адаптацию стариков в обществе, затрудняют их контакты с окружающими и должны учитываться социальным работником в своей практической деятельности. Не менее важен для правильного подхода к пациентам старческого возраста учет их когнитивных способностей. В практике социального работника (психолога) могут с успехом применяться простые опросники (например, АММSE). Здесь мы приведем сокращенную Ньюкаслскую шкалу, каждый правильный ответ которой оценивается в 1 балл. Результат 8 и менее баллов из 10 свидетельствует об интеллектуальной несостоятельности. Итак:

1. Возраст (ближайший год).
2. Время (ближайший час).
3. Адрес для воспроизведения в конце теста (попросите больного сразу же повторить названный Вами адрес, чтобы убедиться, что он расслышал его правильно; если потребуется, повторите его несколько раз, пока больной не воспроизведет его правильно): улица Константиновская, 51.
4. Год.
5. Название учреждения, в котором Вы находитесь.
6. Узнавание людей.
7. Дата рождения.
8. Годы начала и окончания Второй мировой войны.
9. Фамилия главы государства.
10. Счет в обратном порядке от 20 до 1.

Интервью с лицами пожилого возраста имеет свои особенности. Пациента необходимо удобно посадить, дать возможность постоянно видеть лицо психолога, убедиться, что пациент слушает, перед тем как начать беседу; говорить медленно, короткими фразами; не торопиться и не перебивать; не критиковать и не иронизировать; постоянно проверять степень понимания; особое внимание уделять невербальным коммуникациям.

Пожилой человек оказывается в непростой жизненной ситуации, часто он теряет социальный престиж, у него ограничены возможности, нерадостные жизненные перспективы. Это ведет к переживаниям и

конфликтам, которые могут быть *внешними* (с "неоказывающими" ему почтение и внимание близкими, соседями, сотрудниками медицинских и социальных служб), что может выражаться в агрессии, жалобах в вышестоящие инстанции, но чаще *внутренними*. Внутренние конфликты представлены переживаниями на:

- снижение уровня доходов и ухудшение материального положения;
- снижение уровня самооценки и степени уважения окружающих;
- одиночество;
- уменьшение свободы выбора.

Социальному работнику (психологу) следует понимать суть социально-психологических конфликтов и проводить их психологическую коррекцию.

Не все престарелые (пожилые) люди патологически переживают старость, гармоничные личности спокойно и с достоинством встречают ее, находят в возрасте преимущества (мудрость), занимаются умственным и посильным физическим трудом, общаются с коллегами по профессии, с энтузиазмом воспитывают внуков. Но подобная "золотая осень", к сожалению, встречается не так часто. Благодарная задача врача, психолога, социального работника – научить людей спокойно и с достоинством "встретить" пожилой возраст.

Перечислим несколько основных "жизненных позиций" пожилых людей (К. Висневска – Рошковска):

1. *Конструктивная позиция*. Люди с такой ориентацией всю жизнь были спокойными и довольными. Они позитивно относятся к жизни, способны смириться с приближающейся смертью, активны и настроены на оказание помощи другим. Из старости трагедии не делают, ищут развлечений и контактов с людьми.

2. *"Зависимая" позиция* присуща пожилым людям, которые всю жизнь не вполне доверяли себе, были слабовольными, пассивными. Старея, они еще с большим усилием ищут помощи, признания и, не получая этого, чувствуют себя несчастными.

3. *"Защитная" позиция* формируется у людей с повышенными механизмами к сопротивлению. Они не стремятся к сближению с людьми, не желают получать от кого бы то ни было помощи, держатся замкнуто, отгораживаясь от людей, скрывая собственные чувства. Старость воспринимается ими с негодованием и ненавистью.

4. *Позиция "враждебности к миру"*. Это "гневливые старики", склонные обвинять окружающих и общество во всех своих неудачах, которые они претерпели в жизни. Такие люди подозрительны, агрессивны, никому не верят, не хотят от кого-либо зависеть, испытывают отвращение к старости, держатся за работу.

5. *Позиция "враждебности к себе и своей жизни"* выражается в пассивности, исчезновении интересов и инициативы. Такие люди склонны к пониженному настроению и фатализму, чувствуют себя одинокими и ненужными. Свою жизнь они считают неудавшейся, к смерти относятся безболезненно, как к избавлению от существования.

В связи с трудностями адаптации к новой ситуации, присущей пожилым людям, важную роль в поддержании их психического равновесия играют сохранение привычной среды обитания и достойный уход. Прежде всего, этой цели служит создание спокойной, мирной семейной обстановки. Здоровье стариков во многом зависит от поведения окружающих, их отношения к пожилым членам семьи, способности понять старых людей, умения уважать и любить их. В культурных, стоящих на высоком моральном уровне семьях можно наблюдать глубокую привязанность к старикам, стремление всеми возможными способами продлить их жизнь в кругу семьи. Однако довольно часто встречаются случаи, когда родственники всеми правдами и неправдами пытаются избавиться от старого человека, поместить его в дом престарелых (инвалидов), психиатрическую больницу, сознательно преувеличивая степень его интеллектуальной несостоятельности или характерологических расстройств. Социальный работник в таком случае может стать на защиту прав престарелого пациента. Понятно, что поведение пожилых, их высказывания, могут оказаться неосторожными, резкими, обидными, но задача окружения (в том числе и социального работника) именно в том и состоит, чтобы не дать разгореться конфликту, чтобы психологическая травма не оказалась причиной декомпенсации состояния. Сдержанное отношение к характерологическим особенностям стариков, к их не всегда адекватным реакциям, отсутствие конфронтации с ними делает ворчливых и брюзжащих престарелых более терпимыми в обиходе.

Для старого человека отсутствие занятости – смерти подобно. Всем известны случаи быстрой смерти после выхода на пенсию. Старый человек для исключения негативных физических и психологических последствий должен быть занят посильным трудом на даче, в работе по дому. Необходимо поручать ему воспитывать внуков, делать другую полезную работу. Это повышает престиж старика, создает у него чувство нужности, полезности.

Социальный работник (психолог) является проводником психологических знаний для родственников об особенностях психики пожилых, не могущих выполнять повышенные требования окружающих, о правильном великодушном, снисходительном отношении к их не всегда адекватному ситуации поведению. Он апеллирует к общечеловеческим ценностям: достоинству, доброте, признательности, гуманности в отношении сделавшего много хорошего для них постаревшего, нетрудоспособного человека. Социальные работники должны быть своего рода адвокатами престарелого человека.

Оптимальным условием существования старого человека является заботливая семья. К сожалению, во всем мире растет число живущих в одиночестве (в западных странах до 50 %). Несмотря на это, большинство стариков предпочитают жить в своем доме, квартире. Это ставит серьезные вопросы перед государством об оказании им психологической поддержки и ухода. Простейшую помощь старым, немощным людям могут оказать соседи (чаще в сельской местности). Однако квалифицированную помощь должны осуществить специально подготовленные социальные работники (психологи), медицинские сестры, волонтеры.

К вопросу госпитализации старых людей надо подходить очень осторожно. Не надо торопиться с помещением больного в стационар. Необходимо как можно дольше удерживать таких пациентов в домашних условиях, потому что перемена жизненного стереотипа нередко ведет к утрате навыков ухода за собой и прогрессированию распада психической деятельности.

В случаях, когда пребывание одинокого старика дома становится невозможным (выраженные психические и соматические расстройства, полная утеря навыков самообслуживания), социальный работник обязан способствовать направлению своего подопечного в больницу или оформить его помещение в дом престарелых (инвалидов) через органы социальной защиты.

Люди с дефектами внешнего облика и органов чувств представляют особую часть человеческой популяции. Их психология имеет свои особенности, о которых следует знать социальному работнику (психологу) для успешной работы с ними.

В силу особой значимости для любого человека заметных изменений внешности можно говорить о типичности и специфичности психологических отклонений при косметических дефектах, дефектах зрения, слуха и речи. Имеет значение и возраст: в юности, с ее культом внешней красоты, дефекты мнимые (дисморфофобия) и реальные переживаются острее. Половая принадлежность тоже имеет значение (гинекологические операции). Психологические особенности лиц с разнообразными дефектами схожи между собой и отличны от реакций на иные заболевания. Это обусловлено многими причинами, среди которых выделяются значимость социального статуса для человека с каким-либо дефектом и отношение к нему в обществе, а также изменения личности в связи с нарушением познавательных процессов при дефектах органов чувств.

Р. Баркер с соавторами (1946) исследовали группу женщин с физическими недостатками и предложили одну из классификаций отношения больных к заболеванию, выделив пять типов подобного отношения.

1. *Избегание дискомфорта*, сопровождаемое часто уходом в себя, аутизацией, которые характерны для пациентов с нешироким кругом интересов, невысоким интеллектом, а также возникают при длительном течении заболевания и у лиц пожилого возраста.

2. *Замещение*, при котором больной самостоятельно находит новые средства достижения жизненных целей, заменяющие утраченные в условиях болезни возможности. Этот тип отношений авторы связывают с наличием высокого уровня интеллекта.

3. *Игнорирующее поведение*, для которого характерно стремление больного подавить, вытеснить признание дефекта, ограниченность возможностей в связи с болезнью. Этот тип поведения, по мнению авторов, чаще возникает у лиц со средним интеллектом, но высоким образовательным уровнем.

4. *Компенсаторное поведение*, при этом выделяются четыре его разновидности:

а) циклическое приспособление, для которого характерны периоды "подъема и спада";

б) фаталистическое отношение, главным образом, к будущему;

в) параноидное приспособление с тенденцией агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих;

г) выраженные агрессивные реакции.

5. *Невротические реакции*. Наиболее оптимальной формой приспособления авторы считают игнорирование дефекта. Важно не только отношение человека с дефектом к себе, но и отношение к такому человеку в обществе. Чем терпимее общество, чем меньше собственные реакции инвалида на свой дефект, тем лучше социальная адаптация, и наоборот, чем больше окружающими подчеркивается "инакость" инвалида, тем сильнее его фиксация на дефекте, с переоценкой значения дефекта и социальной дезадаптацией.

Имеет значение и "ценность" для человека пораженного органа, особенно в связи с профессиональной деятельностью (рука рабочего, нога спортсмена, голос певца и лектора, слух музыканта и т. д.).

Эстетический критерий в отношении своего тела присущ всякому нормальному человеку, но особую значимость он приобретает, когда это касается лица. Человек, потерявший руку или ногу, может испытывать страдания от того, что на него смотрят окружающие, но это, как правило, не бывает связано с чувством отвращения к себе, как это наблюдается у людей с обезображивающими повреждениями лица, в результате травм и ожогов. Такие люди реагируют на дефект, деформацию лица самоуничтожительно, так как лицо в представлении человека является частью личности, отражающей его эмоциональный мир и важнейшим органом коммуникации, который оценивают окружающие. У таких людей часто возникает подавленное настроение, они сенситивны, подозрительны ("все смотрят"), изолируются от окружающих, не хотят встречаться со знакомыми, меняют место жительства. У части пострадавших происходит патологическое развитие личности.



В случаях *кожных изменений* лица и открытых частей тела к перечисленным психологическим проявлениям присоединяется чувство стыда, брезгливости и опасения, что окружающие станут избегать их в силу страха заразиться. Эти переживания усиливаются подчас бестактным интересом и любопытством окружающих, вынуждают таких больных уединяться, не посещать общественных мест. Молодые люди особенно тяжело переживают свою "неблагообразную внешность", у них более часто возникают мысли о своей неполноценности. Кожные заболевания становятся преградой в реализации жизненно необходимой деятельности субъекта в учебе, труде, общении. Рождается целая система "сокрытия" болезни (специфичная одежда, прическа, избегание публичных выступлений и т. п.).

Фиксация на процессе лечения и болезненных переживаниях может способствовать формированию дисгармоничной личности. Психокоррекционная работа в отношении таких лиц строится на создании новых (вместо фиксации на дефекте) доминирующих мотивов поведения (достижения в труде, учебе), психотерапевтической помощи в игнорировании дефекта, устранении трудностей общения.

В практике социального работника (психолога) встречаются больные с *детским церебральным параличом*, которые достаточно трудны в обслуживании из-за двигательных нарушений и психологических отклонений, связанных с неправильным воспитанием и личностными реакциями на дефект. При потакании родителей формируется такие черты характера, как эгоцентризм, себялюбие, повышенная требовательность; при гиперопеке – беспомощность, неуверенность в себе; при повышенной требовательности и непомерных нагрузках – чувство собственной неполноценности, нерешительность. Возможны невротические реакции в виде депрессии, связанные с фрустрированными из-за дефекта потребностями избрать интересующую профессию, учиться в общей школе, иметь любовные отношения. Опыт работы с этими детьми показывает, что лечебно-восстановительная работа оказывается наиболее эффективной, если начинается в раннем возрасте.

Еще одним дефектом, возникающим в детском возрасте, является *заикание*. Оно может приводить к значительным психологическим последствиям, способным изменить характер и направленность формирования личности. Как отметил В. М. Шкловский (1974, 1975), у части больных с особенно выраженными формами заикания дезорганизуется вся система личностных отношений. Наиболее частым клиническим признаком становится страх речи (логофобия). Он нарушает коммуникативную сторону жизни человека, приводит к замкнутости, нежеланию общаться с окружающими. Человек старается переключить свои интересы на деятельность, исключаящую частое и длительное общение.

Имеются "невидимые" дефекты: *сексуальный, интеллектуальный* и др., зависящие от резкого снижения человеком самооценки. Самооценка часто снижается в результате сексологических расстройств (аноргазмии, фригидности, импотенции). Как правило, у таких пациентов отмечаются два вида реакций. У одних снижается настроение, появляются идеи никчемности, ущербности, самообвинения и доминирует интрапунитивный тип реакций. Другие становятся раздражительными, вспыльчивыми, ворчливыми, предъявляют претензии к сексуальному партнеру – экстрапунитивный тип реагирования. Психологический (интеллектуальный) дефект характеризуется возникновением "комплекса неполноценности" в связи с психологическими проблемами, которые не может разрешить невротическая или психопатическая личность. В силу необходимости лечения у психиатров и психотерапевтов они становятся замкнутыми, испытывают стеснительность и робость в общении, стараются скрывать имеющиеся проблемы и факты посещения специалистов. При интеллектуальном дефекте реакции пациентов отмечаются гораздо реже по сравнению с реакциями близких родственников, которые считают, что дефект одного из членов семьи становится дефектом всей семьи. Вследствие этого родственники пытаются ограничить круг общения, живут в добровольной изоляции. (В. Д. Менделевич, 1999).

Наиболее распространенными типами дефекта являются *слепота* и *глухота*. Причем необходимо различать врожденный дефект и приобретенный дефект в результате травм и заболеваний. Парадоксально, но люди с врожденной патологией лучше адаптированы для жизни в обществе. Приобретенный дефект становится тяжелой психической травмой, лишаящей человека привычного способа познания реальности. Слепота не влияет на интеллектуальное развитие человека. Глухота, связанная с речью может способствовать снижению мыслительных процессов. Дефект зрения или слуха компенсируется более полным дифференцированным участием в оценке окружающего других органов чувств (осознания, обоняния, вибрационной чувствительности, статико-кинестетических ощущений.) Известны поразительные способности слепых не наткнуться на препятствия, а глухих – "считывать с губ".

В то же время требуется постоянная работа по совершенствованию умственного развития дефективных детей – частые разговоры, вопросы, обмен мнениями, чтение им книг, овладение азбукой Брайля (для слепых), развитие наглядно-действенного и наглядно-образного мышления (путем показа и игр), овладение речью через зрительное восприятие букв, закрепляемое дактилированием (словесная речь при помощи пальцев) и мимико-жестовой речью (для глухих). При врожденной слепоте и глухоте дети воспитываются в семье и до столкновения со зрячими и слышащими не испытывают чувства ущербности.

Приход в детский коллектив, отношение к ним как "не таким" вызывает невротические реакции в виде робости, нерешительности, плаксивости, беспомощности или наоборот – раздражительности, обидчивости, капризности, упрямства. Дефектные дети лучше чувствуют себя среди себе подобных, стараются изолироваться от здоровых, слепые склонны к компенсаторному фантазированию, глухие – к подозрительности. Они уже осознают свои дефекты. Могут происходить изменения личности с соответствующим поведением. V. Sommer (1944) выделила следующие варианты:

- "Крестоносцы или борцы за дело увечных" (у них отмечались агрессивные установки, реакции по типу "гиперкомпенсации" и асоциальные поступки);
- "борцы за полное равенство возможностей между слепыми и зрячими" (реакции отрицания недостатков, агрессивность, маскирующая глубокое чувство неполноценности);
- "мудрствующие фантазеры" (склонность к рассуждательству, подозрительность, стремление к самоанализу и фантазирование по типу "снов наяву");
- дети, примирившиеся с физическим недостатком (склонность к интроверсии, усиленной фрустрации и сензитивности в виде рудиментарных идей отношения, а также тенденция к фантазированию);
- дети с неадекватным поведением (смешанная форма реакций).

Правильное воспитание детей, имеющих дефект, ведет к формированию личности с такими нравственными качествами как принципиальность, справедливость, законопослушание, требовательность к себе. Встречаются и варианты патохарактерологического формирования личности, нарушающие адаптацию слепых и глухих. В. Ф. Матвеев (1987) выделяет следующие типы: астенический, обсессивно-фобический (тревожно-мнительный), истерический, ипохондрический, аутистический (шизоидный), эксплозивный (возбудимый).

При приобретенной слепоте и глухоте психическое состояние больных претерпевает динамику от аффективно-шоковых реакций (депрессия) в начальном периоде до приспособления к дефекту с надеждой на улучшение в связи с операцией и в последующем (при низкой эффективности лечения) патологическим развитием личности.

К счастью, слепые и глухие имеют свои хорошо структурированные общества, со своими учебно-производственными предприятиями, жилыми комплексами, спортивными и культурными учреждениями, что позволяет людям с дефектами органов чувств адаптироваться к жизни. Вместе с тем, с учетом выше изложенного, необходимо участие в реабилитационной работе с больными и инвалидами по зрению и слуху, обладающего специальными знаниями, социального работника (психолога).

### **Лекция 19. Медицинская психология при проведении врачебно-трудовой экспертизы. Психологический аспект процесса реабилитации больных**

Медицинскому психологу (социальному работнику) следует быть знакомым с основными положениями трудовой экспертизы, т. к. многие из обслуживаемых ими клиентов являются инвалидами, а другие могут ими стать.

Экспертиза (французское слово "*экспертиза*" произошло от латинского слова "*experteus*" – опытный) подразумевает исследование и разрешение вопросов лицами, которые владеют знаниями в данной области. Кроме врача, психолог тоже может быть экспертом по своей специальности. Экспертизы делятся на *трудовую*, *судебную* и *военную*. Перед трудовой экспертизой может возникнуть вопрос о трудоспособности больного. Эксперты обычно работают в составе МРЭК (медико-реабилитационных экспертных комиссий), которые и решают вопрос определения у больного той или иной группы инвалидности на основании экспертного заключения специалистов.

Экспертную врачебную и психологическую практику характеризует, прежде всего, личностный подход. Содержанием экспертного заключения является не сама по себе оценка степени снижения тех или иных психических функций, а качественный структурный анализ изменений психической деятельности конкретного испытуемого, занимающегося определенным видом труда и выполняющего различные социальные функции в семье и обществе. Даже при расстройстве тех или иных психических функций большее значение имеет сохранность личностно-мотивационной сферы испытуемого, отличающаяся возможностью известной компенсации жизненных функций. Расширение участия в экспертизе медицинского психолога связано с увеличением значимости экспертизы как одного из основных звеньев и этапов реабилитации. В современных лечебно-реабилитационных программах с их апелляцией к личности больного определение профессиональных возможностей и рациональное обучение (переобучение), а также трудоустройство больных и инвалидов приобретают существенную роль в судьбе пострадавшего человека.

Ситуация врачебно-трудовой экспертизы в психологическом плане значительно отличается от обычной лечебно-диагностической ситуации "врач-больной". Обращается внимание на следующие особенности:

- 1) установку индивида, проходящего экспертизу;
- 2) установку самого эксперта;
- 3) особенности контакта в процессе экспертизы при вынесении экспертного заключения и даче трудовых рекомендаций.

Поскольку экспертиза трудоспособности, помимо медицинской, всегда имеет и социальную направленность, то отношение к ней и установки не только освидетельствуемого, но и эксперта имеют также выраженный социальный характер. У врача (психолога) при проведении экспертизы может возникнуть внутренний конфликт между желанием пощадить больного и необходимостью сказать полную правду о его здоровье. Если врач (психолог) уверен, что его заключение станет известно больному, то оно должно быть написано в деликатных тонах и выражениях.

При любой экспертизе могут возникнуть психологически сложные ситуации как для эксперта, так и для испытуемого. Каждый эксперт не лишен человеческих чувств: сочувствия, жалости, сострадания и др. Эти эмоциональные реакции могут влиять на экспертное решение. Испытуемый своим поведением, высказываниями, личными качествами, манерой поведения может вызвать у экспертов расположение или нерасположение. Эксперту надо стараться быть максимально объективным.

Испытуемый, в зависимости от характера экспертизы, может излагать события определенным, выгодным для него, образом, утяжелять или ослаблять болезненные симптомы. В случаях, когда больной скрывает свое состояние, говорят о *диссимуляции*. Например, молодой человек с тяжелым соматическим заболеванием, в силу различных причин (престижа, в частности), всеми силами стремится избежать инвалидности. В таких случаях необходимо проводить большую разъяснительную работу, знакомить с перспективами лечения и возможными исходами заболевания.

*Аггравация* – сознательное утяжеление имеющихся болезненных симптомов. Также достаточно частое в условиях трудовой экспертизы явление. Путем сознательного усиления признаков болезни больной выявляет рентные установки (получение инвалидности, льгот). Для преодоления такой позиции тоже требуется большая разъяснительная работа.

*Симуляция* – предъявление симптомов несуществующего заболевания. В такой ситуации задачей эксперта является ее распознавание на основании своих профессиональных знаний. Как видим, существуют различные виды поведения так или иначе связанные с трудовой мотивацией.

При проведении экспертизы необходимо учитывать и психологию родственников испытуемых. Они могут преследовать свои интересы, превратно преподносят сведения о состоянии и поведении подэкспертного, утяжеляют или, наоборот, скрывают признаки заболевания. Часто через родственников можно влиять на установки испытуемого, его дальнейшее поведение и трудоустройство.

Для большинства больных переход на инвалидность связан с тяжелыми психологическими переживаниями. За переходом на инвалидность следует выключение из привычной производственной обстановки,

из общественной жизни, снижение своей социальной значимости, изменение материального положения.

Врач (психолог) должен разъяснить больному его права и возможности изменить группу инвалидности при улучшении состояния, если же перспективы течения болезни нерадостные, психологически готовить больного к направлению на МРЭК, пытаясь способствовать созданию у пациента новых жизненных целей с учетом его возможностей, склонностей и состояния здоровья. Иногда, несмотря на все уговоры, больные отказываются от группы инвалидности, используя в качестве поддержки своих не всегда понимающих ситуацию родственников. Здесь врачу (психологу) предстоит большая работа по разъяснению им опасных последствий такого решения.

Врач (психолог) должен проводить экспертизу так, чтобы с одной стороны соблюдались права больного, но с другой стороны, чтобы удовлетворение интересов больного не осуществлялось за счет общества.

Болезнь не всегда проходит бесследно. Нередко остаются остаточные явления в виде болей, астении, опасений возврата заболевания. Могут быть социальные последствия: снижение физической активности, перемена профессии и др. Для того, чтобы восстановить доболезненное состояние здоровья и существует *система реабилитационных мероприятий*, направленных на восстановление физического (биологического), психического и социального статуса перенесшего болезнь человека, на выработку у него качеств, помогающих оптимальной адаптации к окружающей среде.

Вся реабилитационная работа строится на основополагающих принципах. Приведем во многом пересекающиеся и дополняющие друг друга *перечни принципов*, предложенных как зарубежными (Wright, 1981), так и отечественными (Кабанов М. М., 1976) исследователями. К принципам, предложенным американскими авторами, относятся:

- 1) совершенствование компетентности перенесших болезнь;
- 2) оптимизация проведения пострадавших в необходимом для них окружении;
- 3) эклектичность в использовании различных методов;
- 4) повышение трудоспособности лиц с инвалидизирующими расстройствами;
- 5) существенной составной частью процесса реабилитации является надежда на лучшее;
- 6) продуманное повышение зависимости пациента может привести, в конечном счете, к увеличению степени его независимого функционирования в другом окружении и в другое время;
- 7) два основных типа реабилитационных вмешательств – это выработка умений и навыков пациента и организация поддержки со стороны окружения;

8) продолжительное медикаментозное лечение часто является необходимым, но редко оказывается достаточным компонентом реабилитационного вмешательства.

К принципам реабилитации, разработанным в Ленинградском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, относятся:

- *принцип партнерства*. Больной является равноправным и активным партнером в восстановлении нарушенных болезнью функций и социальных связей;
- *принцип разносторонности (разноплановости) усилий*. В различных сферах жизнедеятельности: профессиональной, семейной, общественной, учебе, досуге и т. д.;
- *принцип единства психосоциальных и биологических методов лечения*;
- *принцип ступенчатости прилагаемых усилий*. От простой терапии занятостью, выполнения отдельных операций до сложных навыков и интеграции в общество.

М. М. Кабанов выделяет также *этапы* реабилитации:

- *восстановительной терапии* – предупреждение развития нежелательных последствий с помощью терапии средой, стимуляции активности;
- *реадаптации* – приспособление к жизни во внебольничных условиях с учетом изъянов, нанесенных болезнью. Включает в себя: обучение новой специальности, терапию занятостью и развлечениями, воспитательную работу с больными и их родственниками, поддерживающую лекарственную терапию;
- *реабилитации или ресоциализации* – восстановление индивидуальной и общественной ценности больного через рациональные быто- и трудоустройство, расширение общественных контактов.

Как видно из вышеизложенного, психологический аспект реабилитации на всем ее протяжении предусматривает не только предупреждение или преодоление отрицательных реакций личности, возникающих в связи с болезнью и ее последствиями в различных сферах существования, но и увеличение способности личности успешно справляться с трудностями.

Реабилитационные программы направлены на восстановление личного и социального статуса с помощью раскрытия, обогащения и использования психологического потенциала личности пациента, лечебной среды и его микросоциального окружения. Реализация этих целей осуществляется с помощью различных психотерапевтических подходов.

Поэтапные задачи психологического воздействия при реабилитации сводятся к следующим:

1) нормализация понимания здоровья и болезни, адекватное к ней отношение;

- 2) достижение "истинного" желания лечиться;
- 3) психотерапевтическое объяснение методов лечения;
- 4) поддерживающее психотерапевтическое воздействие для полной стабилизации на всех этапах лечебно-восстановительного процесса;
- 5) подготовка больного к возможностям сосуществования с отдельными проявлениями своей болезни.

Необходимо обеспечить больному сознание своей полноценности как члена общества вне зависимости от наличия тех или боязненных проявлений и даже дефекта, восстановить чувство собственного достоинства и полезности для других, устранить пониженную самооценку и повышенную зависимость.

Врачу (психологу), социальному работнику важно знать каким образом личность в ситуации болезни, в реальных социальных условиях способна воспринимать свою позицию и каким образом она эффективно воздействует на социальную среду. Это входит в понятие *социальной компетентности* (Н. Schroder, M. Vorweg, 1978).

Существенными для социальной компетентности свойствами личности служат: коммуникабельность, способность к самоутверждению, к принятию решений и формированию правильного представления о себе самой. В ситуации болезни могут проявиться особенности межличностного общения больного, затрудняя или облегчая сотрудничество с ним медицинских и социальных работников в процессе реабилитации (контакт с экстравертами легче, чем с интровертами). Важным для сотрудничества с больным является учет в коммуникативных свойствах личности, тенденции к независимости или доминированию, к зависимости или стремлению быть опекаемым. В первом случае больные бывают недоверчивы, критичны и претенциозны к проводимым лечебным мероприятиям, занимают защитную позицию относительно предъявляемой им помощи, отрицательно реагируют на руководящее отношение со стороны врача (психолога). Некоторые из них убеждены, что болезнь освобождает их от всех прежних обязанностей, ставит в привилегированное положение. Реабилитационная работа с такими больными достаточно трудна, требует огромных усилий по вовлечению их в трудовые процессы и активное взаимодействие с социальной средой. Для больных со склонностью к зависимости и потребности в опеке может быть характерна другая крайность – перекладывание на врача (психолога) решения всех своих проблем, упрочение роли больного. Этому надо противодействовать путем повышения самостоятельности пациента в принятии жизненных решений.

Другим, более глубоким, уровнем решения психологических задач реабилитации является учет потребностей и мотивов больных. Болезнь и ее последствия активизируют (иногда снижают) такие потребности, как потребность в безопасности, признании, эмоциональных кон-



тактах, нужности другим людям, самоутверждении и самореализации. Знание этих потребностей позволяет врачу (психологу) решать конкретные психологические цели реабилитации, добиваясь повышения пониженной самооценки больного, углубление познания больным самого себя и окружающих его людей, уважения к себе и другим, интереса к работе и духовным ценностям, активности и ответственности, укрепления и развития в больном устойчивой веры в выздоровление.

Большое значение для психологической реабилитации больных имеет *терапевтическая среда* – рационально направляемая система отношений больных с окружением (по М. М. Кабанову, 1977). Поведение обслуживающего персонала, его взаимоотношения с больными должны строиться на основе двух важных принципов:

- во-первых, не поддерживать неадекватных стереотипов поведения пациента (зависимости, необщительности или агрессивности);
- во-вторых, способствовать оптимальному самовыражению больного, адекватным формам его поведения, его активности и ответственности в процессе реабилитации.

Один из принципов реабилитации – принцип разносторонности усилий – требует объединенного участия в реабилитационной программе различных специалистов (врача, психолога, социального работника и др.), которые координируют свои действия по единому, согласованному плану восстановления больного. Каждый специалист обладает профессиональными знаниями в своей области и наилучшим образом может их применять. Без психолога невозможно правильно оценить психологические отклонения пациента, выяснить мотивы поведения, особенности взаимоотношений и др., без социального работника будет затруднен поиск адекватной для больного работы, отстаивание его интересов, тренинг социальных навыков и др.

*Микросоциальное окружение* при правильном подходе к пациенту тоже может играть роль терапевтической среды, а при неправильном – мешать реабилитационному процессу. Из сказанного вытекает необходимость повышения уровня знаний членов семьи о болезни, ее последствиях, как вести себя с заболевшим родственником. Врачу (социальному работнику, психологу) следует по возможности руководить взаимоотношениями в семье больного, направлять их в русло, наиболее благоприятствующее выздоровлению, в частности, чтобы не было ни невнимания (безразличия), ни сверхопеки. Важна также подготовка больного к правильному пониманию интересов других членов семьи, их чаяний, потребностей, требований к его положению. Больной должен чувствовать себя полноценным членом семьи, а это достигается поддержкой в нем родственниками чувства собственного достоинства, необходимости в нем, веры в выздоровление. Создание благоприятного климата в семье

нередко является решающим в достижении устойчивого социального и трудового восстановления больного.

В процессе реабилитации важнейшей задачей является *восстановление трудоспособности* больного. Необходима психологическая подготовка к возвращению в трудовую жизнь. При этом важно учесть социально-психологические характеристики больного, его ценностные ориентации, семейную ситуацию, обоснованность и сроки возвращения к труду, а при необходимости изменение профессии. Не все выздоравливающие стремятся вернуться к труду, у некоторых отмечается фиксация на вопросах здоровья, у других рентные установки на получение инвалидности. При возможности больного трудиться от психолога (социального работника) требуется настойчивая работа по созданию установки на труд как деятельности, улучшающей физическое самочувствие, психологическую устойчивость и социальный престиж.

Нельзя обойти стороной сложную проблему *эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий*. Эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий оценивается, во-первых, в трех плоскостях:

- 1) соматической;
- 2) психологической;
- 3) социальной.

Во-вторых, они должны позволять производить оценку не только с точки зрения объективного наблюдения, но и включать субъективную оценку с позиций самого пациента.

В-третьих, эти критерии должны быть достаточно независимы друг от друга.

Если в соматической сфере терапевтический результат налицо (например, снижение артериального давления, подвижность сустава и др.), в социальной – тоже ощутим (например, возвращение трудоспособности, профессиональный рост и др.), то в психологической определить эффективность реабилитационных мероприятий сложно. Различные исследователи вводят различные критерии, зависящие от теоретических установок авторов. Так, еще S. Freud (1923) считал, что главными критериями выздоровления являлись "способность наслаждаться и работоспособность".

R. Knight (1941) выделял три основных *психологических критерия*:

1. Критерий симптоматического улучшения.
2. Критерий улучшения интеллектуального функционирования, включающий в себя:

- приобретение инсайта, касающихся детских источников конфликта, роли психотравмирующих факторов, способов защиты, вызвавших определенные изменения личности и специфический характер болезни;

- выработку контроля своих влечений, не сопровождающегося тревогой;
- развитие способности понимать себя таким, как есть, со слабостями и достоинствами;
- приобретение относительной свободы в напряженных ситуациях и ситуациях фрустрации;
- управление агрессивной энергией, необходимой для самосохранения, успеха, соревнования и защиты прав.

3. Критерий улучшения приспособления к окружающему, который включает:

- более константные и лояльные интерперсональные отношения с людьми;
- более свободное развитие своих продуктивных способностей;
- улучшение сублимации;
- нормальное гетеросексуальное функционирование.

По Н. Miles с соавторами (1951) в рубрику "выздоровление" относят больных, у которых исчезли симптомы, изменился стереотип поведения в сферах, в которых ранее отмечались затруднения, и выявляется меньше непродуктивных реакций при столкновении с трудными ситуациями.

Б. Д. Карсарским (1975) разработана система из четырех критериев для оценки эффективности лечения и глубины лечебно-реабилитационных воздействий:

- 1) субъективно переживаемое больным симптоматическое улучшение;
- 2) степень понимания пациентом психологических механизмов болезни;
- 3) степень реконструкции нарушенных отношений личности;
- 4) степень восстановления социального функционирования больного на работе, в семье, в обществе.

Внимательно присмотревшись к перечисленным критериям эффективности лечебно-реабилитационных воздействий, можно заметить, что устранение заболевания или адекватное приспособление к его последствиям, приобретение пациентом способности к компетентному поведению в семье, на работе, в обществе осуществляется в полной мере лишь при реализации стержневого принципа реабилитации – *апелляции к личности больного*.

## **Лекция 20. Психологические проблемы психогигиены и психопрофилактики**

Во всех предыдущих лекциях постоянно акцентировалась мысль о значении психологии в возникновении, течении, лечении, исходах болезни. Не менее важно знать, какие факторы участвуют в сохранении здоровья. Здоровый человек, как правило, считает свое здоровье естественным и само собой разумеющимся состоянием, в нерушимости которого он не сомневается, пока не появляются первые признаки какого-либо недомогания.

Снова обратимся к *определению "здоровье"*, данному ВОЗ (1968): "здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов". Гармония физического, психического и социального комфорта может быть нарушена неблагоприятными изменениями в любой указанной сфере, но все они преломляются через личность человека, обладающую или не обладающую способностью преодолевать неожиданные стрессы, затруднения, внутренние конфликты. Сохранение и укрепление гармонии личности является одной из основных задач психогигиены.

*Психогигиена* – это наука и комплекс мероприятий (государственных и индивидуальных) по обеспечению, сохранению и поддержанию психического здоровья человека. В статье 2 Устава ВОЗ отмечается необходимость психогигиены как деятельности, которая способствует гармоничному развитию человеческих взаимоотношений. В последние годы в качестве главного критерия психического здоровья стала рассматриваться способность к постоянному развитию и обогащению своей личности, к реализации таких фундаментальных личностных свойств, как социальность, самостоятельность и сознательность.

Эти свойства личности во многом реализуются при удовлетворении таких глобальных, фундаментальных, социально-психологических потребностей как:

- 1) наличие смысла жизни на всех ее этапах (в прошлом, настоящем и будущем);
- 2) наличие уважения и самоуважения (потребность в значимости своего "Я");
- 3) соответствие психических нагрузок уровню индивидуальной переносимости;
- 4) возможность и способность снятия психоэмоциональной напряженности (разрядки);
- 5) наличие чувства социально-психологической защищенности.

Степень удовлетворения социально-психологических потребностей может свидетельствовать о благоприятной или неблагоприятной психологической экологии.

Существует несколько направлений психогигиены, отражающих возрастные аспекты и виды деятельности человека. Значение *психогигиены воспитания* объясняется тем, что в процессе воспитания формируется или не формируется гармоничная личность, способная адекватно противостоять жизненным затруднениям.

Представим основные психогигиенические требования к семейному воспитанию:

1. Наличие полной и гармоничной семьи.
2. Отсутствие педагогической конфронтации со стороны взрослых.
3. Безоговорочная и бескорыстная любовь к ребенку и уважение его личности.
4. Постоянное внимание к нуждам и внутреннему миру ребенка.
5. Учет индивидуальных психических особенностей ребенка и принятие его таким, какой он есть.
6. Отсутствие завышенных требований к ребенку.
7. Разумный баланс между поощрениями и наказаниями, их социально-психологическая понятность и обоснованность.
8. Изменение отношения к детям в соответствии с возрастными этапами.
9. Обеспечение чувства психической и физической защищенности.

Большую часть жизни человек учится под руководством педагогов, развивая интеллект, овладевая навыками, совершенствуя себя и отношения с окружающими.

Задачи обучения следующие:

- овладение необходимой суммой знаний;
- обеспечение личностного развития.

Школа только тогда станет "школой радости", если будут соблюдаться основные *психогигиенические требования к обучению*:

1. Достижение к началу учебы достаточного уровня школьной зрелости (20–25 % первоклассников незрелы).
2. Выбор формы обучения в соответствии со способностями и психическими особенностями ребенка.
3. Опора при обучении в младших классах на наглядно-образное мышление.
4. При составлении расписания учет дневных, недельных и годовых колебаний уровня работоспособности.
5. Планирование занятий в первую половину дня.
6. Уменьшение доли домашних заданий.
7. Обеспечение достаточной двигательной активности.
8. Стимулирование интереса к учебе на положительных эмоциях.
9. Неуспехи в учебе не должны быть причиной негативной оценки личности обучаемого.

Большое значение в жизни человека играет труд. Важно, как он относится к трудовой деятельности, что она ему в свою очередь дает. Чтобы труд стал "делом чести, доблести и геройства", приносил удовлетворение, необходимо придерживаться основных *психогигиенических требований к трудовой деятельности*:

1. Соответствие вида производственной деятельности темпераменту, характеру, психическим особенностям человека (профориентация, профотбор).

2. Значимость работы и возможность самовыражения в ней.

3. Наличие положительной оценки достижений и перспективы профессионального роста.

4. Психогигиеническая совместимость по вертикали (начальник – подчиненный) и благоприятный психологический климат по горизонтали (сотрудники).

5. Наличие четких обязанностей, ясность целей и задач, правильная организация труда.

Семья – основная ячейка общества. В ней человек может получить моральную и эмоциональную поддержку и в ней же может быть источник психической травматизации. *Психогигиена семьи и брака* базируется на удовлетворении потребностей ее членов. Выделяют следующие функции семьи:

- воспитательная;
- хозяйственно-бытовая;
- эмоциональная;
- духовного общения;
- первичного социального контроля;
- сексуально-эротическая.

Каждая из функций способна выступать как в гармонизирующей и адаптирующей члена семьи к обществу роли, так и в дисгармонизирующей и дезадаптирующей его. Стабильность семьи в значительной степени основывается на более или менее подходящем выборе партнера, во многом предотвращающем возможную семейную дисгармонию. Различают пять брачных факторов, близость по которым способствует счастливой супружеской жизни. Эти факторы следующие:

- 1) физический (человек должен внешне нравиться);
- 2) материальный (оправдывать финансовые ожидания партнера);
- 3) культурный (быть близким по интеллекту и интересам);
- 4) сексуальный (удовлетворять половые потребности);
- 5) психологический (комбинация определенных черт характера супругов, толерантность к особенностям поведения партнера, терпеливость и сдержанность при решении конфликтов, приоритет супружеских взаимоотношений над отношениями с родителями, терпимое отношение к "зоне личных интересов" и др.).

В связи с постарением населения отмечается увеличение в популяции доли пожилых и старых людей со своими характерологическими особенностями и возрастными проблемами (см. лекции 9 и 18).

*Психогигиенический подход к старому человеку* имеет свои особенности. Должна учитываться замедленность его психических процессов. Нельзя нагружать пожилых новой информацией, тем более требовать овладения ей и использование в какой-либо ответственной деятельности. Важно подчеркивать богатый жизненный опыт стариков, просить у них мудрого совета, всем своим поведением показывать их нужность, полезность для семьи (воспитание внуков и т. д.) и общества (клубы ветеранов и др.). Рекомендуются занятия посильным трудом, поощряются любимые занятия, "хобби", контакты с ровесниками и молодежью. В поведении родственников и обслуживающих старых людей специалистов постоянно должны проследиваться уважение, теплота, забота, такт, предупредительность. Такое поведение окружающих делает стариков сдержаннее, терпимее, добрее.

Как вытекает из определения психогигиены, одной из ее задач является поддержание состояния психического здоровья. Поддержание психического здоровья невозможно без соблюдения *здорового образа жизни*. Он включает: рациональное питание, соблюдение оптимального психогигиенического режима труда, сна и отдыха, адекватную физическую нагрузку, искоренение вредных привычек (табак, алкоголь), создание психотерапевтической атмосферы в семье, на производстве и т. д. Здоровый образ жизни является основой *психопрофилактики*, т. е. предупреждения возникновения расстройств психики. Отношение населения к здоровому образу жизни, профилактике часто двоякое – с одной стороны, декларируется желание укреплять и поддерживать здоровье, а с другой – присутствует нежелание поступиться удовольствиями, которые теоретически понимаются как вредные (например, переедание, лень заниматься физкультурой и др.). Для сохранения здоровья необходимо сознательное и волевое принятие здорового образа жизни.

Психопрофилактика делится на первичную, вторичную и третичную. Задачи *первичной профилактики* сливаются с задачами психогигиены. Все мероприятия, относимые к первичной профилактике, направлены на повышение устойчивости психики к вредным воздействиям. Это охрана матери, плода, новорожденного от инфекций, травм, интоксикаций, воспитание гармоничной личности, умеющей справиться с психотравмирующими ситуациями, здоровый образ жизни и т. д. Под *вторичной профилактикой* принято понимать раннее выявление расстройств и своевременное адекватное лечение, позволяющее стабилизировать состояние и предупредить рецидив заболевания. Предупреждение инвалидности при хронических заболеваниях является *третичной профилактикой*, а это входит в задачи реабилитации (см. лекцию 19).

Особое значение психопрофилактика имеет в предупреждении широко распространенных невротических расстройств, сопровождающих многие заболевания и даже являющихся их причиной (психосоматические болезни). Как уже указывалось, гармоничная личность способна рационально преодолеть конфликты и стрессы, дисгармоничная – реагирует на ситуацию невротическими расстройствами. *Психопрофилактика невротических расстройств* заключается, в первую очередь, в воспитании гармоничной личности, устранении психотравмирующих обстоятельств, смягчении внутренних психологических конфликтов и тех особенностей личности, которые способствуют возникновению эмоционального стресса. Устранение болезненных форм нервно-психического напряжения в реальной жизни предполагает два возможных варианта: устранение психотравмирующей ситуации, вызывающей таковое или изменение отношения к ней. Устранение психотравмирующей ситуации предполагает также две возможности: либо она объективно может быть изменена в желательном для личности направлении, либо личность "уходит" из этой ситуации (например, "уход в болезнь"). Первая возможность подразумевает психотерапевтическую работу с источниками психотравмирующей ситуации (обычно это члены семьи, сотрудники по работе). Вторая возможность только на время снимает нервно-психическое перенапряжение, оставляя психотравмирующую ситуацию до конца неразрешенной. Более перспективно изменение отношения к психотравмирующей ситуации, которая затронула значимые для личности потребности, вызвала внутренний психологический конфликт. Это изменение отношений происходит путем длительной психотерапевтической работы, направленной на реконструкцию и гармонизацию личности, что чрезвычайно близко к задачам психогигиенических и психопрофилактических мероприятий.

Для коррекции невротических нарушений применяются психотерапевтические и медикаментозные методы. К психотерапевтическим методам, помогающим снять нервно-психическое напряжение и ликвидировать отдельные симптомы заболевания, относятся методы *внушения* (в ясном сознании и в гипнозе), *рациональная психотерапия*, *поведенческая терапия*, *аутогенная тренировка*, *нейролингвистическое программирование* и др. В арсенале врачей также присутствуют широко используемые транквилизаторы, избирательно действующие на страх, тревогу, улучшающие сон и настроение, т. е. повышающие качество жизни.



## СОДЕРЖАНИЕ

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ.....	3
ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН .....	4
ПРОГРАММА КУРСА.....	5
ПЛАН СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ.....	10
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	13
ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ .....	14
<b>КУРС ЛЕКЦИЙ .....</b>	<b>17</b>
<i>Лекция 1. Медицинская психология, ее место среди других медицинских и социальных дисциплин .....</i>	<i>17</i>
<i>Лекция 2. Нарушения ощущений и восприятия.....</i>	<i>19</i>
<i>Лекция 3. Нарушения мышления и речи .....</i>	<i>21</i>
<i>Лекция 4. Нарушения волевых процессов. Эмоциональные расстройства.....</i>	<i>24</i>
<i>Лекция 5. Расстройства внимания и памяти.....</i>	<i>29</i>
<i>Лекция 6. Нарушения интеллекта. Расстройства сознания.....</i>	<i>36</i>
<i>Лекция 7. Проблема личности в медицинской психологии.....</i>	<i>41</i>
<i>Лекция 8. Проблема личности в медицинской психологии (продолжение) .....</i>	<i>45</i>
<i>Лекция 9. Психологические особенности разных возрастных периодов развития человека в аспекте отношения к болезни .....</i>	<i>49</i>
<i>Лекция 10. Психология больного .....</i>	<i>54</i>
<i>Лекция 11. Психология больного (продолжение).....</i>	<i>57</i>
<i>Лекция 12. Психология больного (заключение) .....</i>	<i>61</i>
<i>Лекция 13. Психология медицинского и социального работника .....</i>	<i>65</i>
<i>Лекция 14. Психология общения социального работника (врача) с больным и его родственниками. Навыки контакта.....</i>	<i>69</i>
<i>Лекция 15. Психология общения социального работника (врача) с больным и его родственниками. Навыки контакта (продолжение) .....</i>	<i>74</i>
<i>Лекция 16. Психология работы с больными, испытывающими страх и тревогу..</i>	<i>80</i>
<i>Лекция 17. Психология работы с хроническими больными и умирающими. Психология повседневной работы по уходу за больными .....</i>	<i>83</i>
<i>Лекция 18. Особенности работы с престарелыми. Психология больных и инвалидов с дефектами тела и органов чувств .....</i>	<i>91</i>
<i>Лекция 19. Медицинская психология при проведении врачебно- трудовой экспертизы. Психологический аспект процесса реабилитации больных.....</i>	<i>100</i>
<i>Лекция 20. Психологические проблемы психогигиены и психопрофилактики....</i>	<i>108</i>

Учебное издание

*Лисковский Олег Владиславович*

## **МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

*Учебно-методический комплекс*

В авторской редакции

Редактор *И. М. Томильчик*  
Компьютерный дизайн *А. В. Калиновская*

Подписано в печать 29.12.2003. Формат 60x84/16. Бумага офсетная.  
Гарнитура Times New Roman. Печать офсетная. Усл. печ. л. 6,6. Уч.-изд. л. 6,6.  
Тираж 220 экз. Зак. 188.

Факультет управления и социальных технологий  
Белорусского государственного университета.  
Лицензия ЛВ № 552 от 28.06.2002.  
220 037, Минск, ул. Ботаническая, 15.

Отпечатано на копировально-множительной технике  
Научно-практического центра  
Государственного института управления и социальных технологий БГУ.  
220037, Минск, ул. Ботаническая, 15. Тел. 233-98-46.