

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)



МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

(для студентов лечебного факультета)

Методическое пособие

Новосибирск
2022

УДК 159.9(076)

ББК 88я73

М42

А в т о р ы :

Ю.В. Сарычева — канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии;

Т.Ю. Ласовская — канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии;

И.А. Матвеева — старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии;

И.В. Лазюк — старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии;

И.В. Пономаренко — старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

Медицинская психология (для студентов лечебного
М42 факультета): метод. пособие / Ю.В. Сарычева, Т.Ю. Ласовская, И.А. Матвеева, И.В. Лазюк, И.В. Пономаренко. — Новосибирск: ИПЦ НГМУ, 2022. — 233 с.

Учебно-методическое пособие предназначено для семинарских и практических занятий по дисциплине «Медицинская психология» у студентов, обучающихся по специальности «Лечебное дело». В пособии рассматриваются теоретические аспекты представлений о медицинской психологии, изучение психологических реакций пациентов на возникновение соматической патологии, общие и частные вопросы психосоматики, проблемы эффективной коммуникации с пациентами, психологической помощи и психологических особенностей врачебного труда. Предусмотрены практические задания и тестовые задания для контроля знаний.

УДК 159.9(076)

ББК 88я73

© Сарычева Ю.В., Ласовская Т.Ю., Матвеева И.А.,
Лазюк И.В., Пономаренко И.В., 2022
© НГМУ, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	5
Тема 1. Введение в медицинскую психологию	5
Тестовые вопросы для самоконтроля	9
Список литературы по теме	11
Раздел 2. ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО	12
Тема 2. Психология соматически больного	12
Тестовые вопросы для самоконтроля	28
Список литературы по теме	30
Практическая часть	30
Тема 3. Введение в психосоматическую медицину.	
Теории психосоматики	44
Тестовые вопросы для самоконтроля	55
Список литературы по теме	57
Практическая часть	57
Тема 4. Вопросы частной психосоматики	68
Тестовые вопросы для самоконтроля	76
Список литературы по теме	78
Тема 5. Частные аспекты психосоматики. Психоонкология.	
Психокардиология. Причины и реакции на заболевание	79
Тестовые вопросы для самоконтроля	86
Список литературы по теме	88
Раздел 3. ПСИХОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТРУДА	89
Тема 6. Эффективная коммуникация с больным. Общие принципы коммуникации	89
Тестовые вопросы для самоконтроля	96
Список литературы по теме	98
Тема 7. Эффективная коммуникация с больным. Комплаенс	99
Тестовые вопросы для самоконтроля	111
Список литературы по теме	113
Практическая часть	113

Тема 8. Проблемы коммуникации в практике врача. Конфликты.	
Ятрогении	126
Тестовые вопросы для самоконтроля	145
Список литературы по теме	147
Практическая часть	147
Тема 9. Работа с трудными пациентами. Проблема суицида.	
Паллиативная помощь	152
Тестовые вопросы для самоконтроля	166
Список литературы по теме	168
Раздел 4. ПСИХОПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ	
КАК РАЗДЕЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	169
Тема 10. Основы психотерапии	169
Тестовые вопросы для самоконтроля	193
Список литературы по теме	195
Практическая часть	195
Тема 11. Психопрофилактика. Профилактика синдрома	
эмоционального выгорания у врачей	201
Тестовые вопросы для самоконтроля	218
Список литературы по теме	220
Практическая часть	220
Темы рефератов по дисциплине	232

|||||

Разделы: этиология (анализ условий возникновения расстройств), классификация, диагностика, эпидемиология, интервенция (профилактика, психотерапия, реабилитация), охрана здоровья, оценка результатов.

История клинической (медицинской) психологии

Гиппократ (460–377 гг. до н.э.) отмечал роль адаптационных возможностей организма и указывал на важность межличностных отношений, складывающихся между врачом и больным. Медику гораздо важнее знать, какой человек страдает болезнью, чем знать, какая болезнь имеется у человека.

Первую психологическую лабораторию открыл В. Вундт в 1879 г. В 1885 г. В.М. Бехтерев создает аналогичную лабораторию в Казани на базе клиники для душевнобольных. В 1896 г. Лайтнер Уитмер открывает первую психологическую клинику в Пенсильвании.

В 1907 г. выходит журнал «Клиническая психология» (в журнале впервые появился термин). В 1917 г. создается Американская ассоциация клинических психологов.

Клиническая психология, по Л. Уитмеру, — особая форма психодиагностики, психологического консультирования и психокоррекции, ориентированная на индивидуальные, нестандартные проявления психики ребенка и связанные с ними отклонения в поведении. Задача клинической психологии — тестирование различных групп населения для решения каких-нибудь частных задач: педагогических, медицинских, военных, производственных и т.д.

В 1919 г. Американская ассоциация клинических психологов вошла в Американскую психологическую ассоциацию как клиническая секция (профстатус). В 1946 г. Гельпах применил термин «клиническая психология» в оценке психики соматических больных. Термин дополняли существовавшие в европейской науке понятия «медицинская психология», «патологическая психология» («патопсихология») и «психопатология».

Психопатология — вспомогательная психиатрическая дисциплина, задача которой — экспериментальное изучение нарушений психических процессов у душевнобольных.

Психопатология — самостоятельная дисциплина, изучающая сложные психологические взаимоотношения в личности душевнобольных («внутренняя причина» психических болезней). Внутренняя причина вступает в связь с истинной внешней (биологической) и определяет уникальность картины психического расстройства (К. Ясперс, начало XX в.).

Медицинская психология — психотерапевтическая практика или биологическая интерпретация психологических концепций личности (Э. Кречмер и П. Жане).

Клиническая психология (опытная психология) — особое направление эмпирических исследований врача-психиатра или невропатолога, направленное на анализ вызванных болезнью, гипнозом или наркотиками изменений в психической деятельности (Т. Рибо, И. Тэн, Ж.-М. Шарко и его ученики А. Бине, П. Жане и др.).

Клиническая психология не была самостоятельной научной дисциплиной — приставка медицинская определяла ее как разновидность медицинского знания.

Первые клинико-психологические исследования в рамках психиатрии и невропатологии провели З. Фрейд, К. Ясперс, В.Н. Бехтерев, В.Н. Мясищев. Родоначальник нейропсихологии — А.Р. Лурия, родоначальник патопсихологии — Б.В. Зейгарник.

В 1970-е гг. клиническая психология оформилась как самостоятельная наука.

Цели клинической (медицинской) психологии:

- изучение психических факторов, влияющих на развитие болезни для профилактики и лечения;
- изучение влияния тех или иных болезней на психику;
- изучение различных проявлений расстройств психики в их динамике;
- изучение нарушений развития психики;
- разработка принципов и методов психологического исследования в клинике;
- создание и изучение психологических методов воздействия на психику человека в лечебных и профилактических целях.

Объект: человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием.

Предмет: психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические феномены.

Предмет изучения:

- а) расстройства (нарушения) психики и поведения;
- б) личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями;
- в) воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней;
- г) особенности взаимоотношений больных людей и социальной среды, в которой они находятся.

Структура медицинской психологии

В структуре медицинской психологии по К.К. Платонову можно выделить направленность разделов на конкретные клиники:

- патопсихология — на психиатрическую клинику;
- нейропсихология — на неврологическую клинику;
- психосоматика — на соматическую клинику.

Значение медицинской психологии для врача

Связь психологии и медицины настолько тесная, что для психологов, работающих в этой сфере, медицинские знания абсолютно необходимы. В то же время медики все более и более осознают необходимость психологических знаний для успешной лечебной работы.

При разработке проблем медицинской психологии объединяются усилия психологов, физиологов, врачей. Актуальность медицинской психологии определяется основным положением медицины о том, что врач должен лечить не болезнь, а больного. За последние годы психологические проблемы в медицине значительно расширились. Благодаря тому, что наряду с лечением заболевшего человека ставится и проблема профилактики, реабилитации и психотерапии, психологи все глубже проникают в медицину; психология, в частности, внедряется в клинику соматических заболеваний, а к ним в настоящее время по разным дан-

ным относят от 50 до 80 % болезней, таких как сердечно-сосудистые, онкологические, почечные, дыхательные и др.

Особую ценность приобретает психологическая компетентность врача — интегральная характеристика собственной личности специалиста, включающая свободную и осознанную активность (по Адлеру), опыт и мудрость (по Фрейду), умение выстраивать зрелые межличностные отношения (по К. Роджерсу). Достижение компетенции как способности брать на себя ответственность за решение определенного круга вопросов во взаимодействии с пациентом — во многом вопрос личной мотивации самого врача, однако общий уровень психологической компетентности персонала влияет на качество всей системы медицинского обслуживания.

Тестовые вопросы для самоконтроля

1. Основатель отечественной клинической психологии как науки:
А) Бехтерев;
Б) Зейгарник;
В) Сеченов;
Г) Корсаков;
Д) Лурия.
2. Термин «клиническая психология» ввел американский психолог:
А) Ф. Александер;
Б) Л. Уитмор;
В) В. Вундт.
3. Предметом клинической психологии является _____ больного человека, раскрываемая психологическими понятиями.
4. Клиническая психология изучает:
А) психику здоровых людей;
Б) психотропные средства;
В) психику больных людей.

5. Структуру нарушений психической деятельности, закономерности ее распада в их сопоставлении с нормой исследует:
- А) патопсихология;
 - Б) нейропсихология;
 - В) аддиктология;
 - Г) психопатология.
6. Направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний:
- А) соматопсихика;
 - Б) психосоматика;
 - В) психохирургия ;
 - Г) психотерапия.
7. Отрасль психологической науки, сложившаяся на стыке психологии, медицины (нейрохирургии, неврологии), физиологии и направленная на изучение мозговых механизмов высших психических функций:
- А) физиология ВВД;
 - Б) анатомия ЦНС;
 - В) нейропсихология;
 - Г) патопсихология.
8. Топическая диагностика патологического процесса, реабилитация по восстановлению внимания, памяти, речи и др. являются показанием для направления:
- А) к патопсихологу;
 - Б) нейропсихологу;
 - В) судебному эксперту.
9. Интегративная оценка физического, психического и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии:
- А) психологический диагноз;
 - Б) качество жизни, связанное со здоровьем;
 - В) клинический диагноз.

10. Область медицинской психологии, прикладное значение которой определяется потребностями психиатрической, неврологической, соматической клиники — ... психология:

- А) неврологическая;
- Б) клиническая;
- В) патологическая.

Список литературы по теме

1. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник для вузов. — 2-е изд., доп. — М.: ГЭОТАР-Медицина, 2002. — 864 с.

2. Клиническая психология: учебник для студентов медицинских вузов и факультетов клинической психологии / В.А. Абабков и др.; под ред. Б.Д. Карвасарского. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: Питер, 2010. — 861 с.

|||||

- 1-я группа — совершенно здоровые, жалоб нет;
- 2-я группа — легкие функциональные нарушения, эпизодические жалобы астено-невротического характера, связанные с конкретными психотравмирующими событиями, напряжение адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микро-социальных факторов;
- 3-я группа — лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации, стойкие астено-невротические жалобы вне рамок трудных ситуаций, перенапряжение механизмов адаптации (в анамнезе у таких лиц неблагополучие беременности, родов, диатезы, травмы головы и хронические инфекции);
- 4-я группа — клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации, недостаточность или поломка адаптационных механизмов.

Аутопластическая картина болезни (А. Гольдшейдер) создается самим больным на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием («сенситивный» уровень болезни базируется на ощущениях, а «интеллектуальный» уровень болезни является результатом размышлений больного о своем физическом состоянии).

Переживание болезни — общий чувственный и эмоциональный фон, на котором проявляются ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические образования, связанные с болезнью (Е.А. Шевалев, В.В. Ковалев). Выделяют следующие основные типы переживания болезни: депрессивный, дистимический, ипохондрический, фобический, истероидный, эйфорический и анозогностический.

Отношение к болезни складывается из восприятия больным своей болезни, ее оценки, связанных с ней переживаний и вытекающих намерений и действий (Л.Л. Рохлин, 1957; К.А. Скворцов, 1958).

Реакция адаптации — комплекс приемов, вырабатываемых личностью в целях преодоления сознания неполноценности, переживаний ограничения физических и психических возможностей, преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни (Е.А. Шевалев, О.В. Кербиков).

Основные факторы, определяющие ВКБ:

- преморбидные биологические и личностные факторы;
- характер заболевания и его возможные последствия;
- социальное положение больного и влияние окружения;
- медицинские факторы (условия диагностики и лечения).

Внутренняя картина болезни:

1) болевая сторона болезни (уровень ощущений, чувственный уровень) — локализация болей и других неприятных ощущений, их интенсивность и т.п.;

2) эмоциональная сторона болезни связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;

3) интеллектуальная сторона болезни (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях;

4) волевая сторона болезни (мотивационный уровень) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

Психологические реакции на заболевание. Классификация

Тип отношения к болезни (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов, 1980):

1. Гармонический — правильная трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

2. Эргопатический — «уход от болезни в работу», желание сохранить работоспособность.

3. Анозогнозический — активное отбрасывание мысли о болезни, «обойдется».

4. Тревожный — непрерывное беспокойство и мнительность, вера в приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический — крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур.

6. Неврастенический — поведение по типу «раздражительной слабости». Нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем — слезы и раскаяние.

7. Меланхолический — неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (опасность суицида).

8. Апатический — полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению.

9. Сенситивный — чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.

10. Эгоцентрический — «уход в болезнь» с выставлением напоказ своих страданий, требование к себе особого отношения.

11. Паранойяльный — уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, а осложнения в лечении — результат халатности медицинского персонала.

12. Дисфорический — доминируют мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым людям. Вспышки гнева с требованием от близких угождения во всем.

Переживания болезни во времени

1. Предмедицинская фаза — длится до начала общения с врачом, появляются первые признаки болезни и заболевший стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью.

2. Фаза ломки жизненного стереотипа — переход в такую стадию болезни, когда больной становится изолированным от работы, а часто и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания и он полон сомнений и тревог.

3. Фаза адаптации к болезни, когда снижается чувство напряженности и безысходности, так как острые симптомы болезни постепенно уменьшаются, больной уже приспособился к факту заболевания.

4. Фаза «капитуляции» — больной примиряется с судьбой, не предпринимает активных усилий к поиску «новых» методов лечения и понимает ограниченность возможностей медицины в его

полном излечении. Он становится равнодушным или негативно угрюмым.

5. Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни, установки на получение каких-либо материальных или иных выгод от болезни (рентные установки).

Этапы отношения к больному в семье

- Этап игнорирования болезни родственниками. Первые проявления болезни замечают посторонние, а не близкие. Это объясняется эмоциональным характером восприятия родственниками поведения и жалоб больного, их установкой видеть его здоровым и таким как все.

- Этап осознания болезни родственниками и их активные усилия к быстрейшему выздоровлению члена семьи. Наблюдается настойчивая социальная гиперактивность родственников, требования дополнительного обследования и лечения, поиск все новых врачей и больниц.

- Этап затухания активности родственников, игнорирование больного. Смирение родственников с болезнью. Понимание ограниченности медицины в лечении больного. Стараются подольше держать больного родственника в стационаре, реже его навещают.

- Этап перестройки структуры семьи, инкапсуляция больного. Структура семьи приобретает относительное равновесие за счет «исключения» больного из ее структуры — он находится в семье «механически».

Особенности психологического состояния в хирургической, терапевтической, стоматологической клинике

В последнее время значительно возросла роль специальных психологических знаний в работе врачей, медицинских сестер, организаторов здравоохранения, специалистов по социальной работе и социальному обслуживанию больных и лиц с ограниченными возможностями. Базовые психологические знания в сфере профессионального общения и оказания помощи больным и ин-

валидам уже сегодня являются широко востребованными, так как их повседневное практическое использование неизменно повышает качество оказываемой медицинской и социальной помощи.

Каждое заболевание способно изменить психическое состояние человека. Поэтому уместно говорить о нозогенном влиянии самой болезни на психические функции и поведение пациента, особенностях реагирования на ее появление, течение, успешность лечения и исход. При этом типичность реакции на заболевание зависит от параметров болезни в той же мере, как и от индивидуально-психологических особенностей человека.

Кроме этого, с позиций психосоматического подхода современной медицины любое соматическое (телесное) расстройство или хроническое заболевание является феноменом или реакцией (защитной, компенсаторной, патологической) организма как целостной системы, в которой тесным образом взаимодействуют психическая и соматическая подсистемы. Взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой в результате и приводит через определенный многофакторный пусковой механизм к развитию того или иного расстройства. При этом немаловажное значение в запуске болезни имеет анализ участия негативных психосоциальных факторов, устранение или минимизация которых способствуют более быстрому и эффективному выздоровлению.

Суть патогенного воздействия болезни на личность заключается в том, что массивная или длительная болезненная интоксикация, нарушение обменных процессов, истощение и общая астенизация приводят к изменению протекания психических процессов, снижению активности и операционно-технических возможностей пациентов.

Психология хирургического пациента

В представлениях большинства людей хирургия связана с разрезом, раной, удалением части органа или целого органа. Операция затрагивает мир чувств и впечатлений больного, связанных с собственным телом. Отношение к хирургическому вмешательству у людей разное. Одни пациенты оттягивают срок операции, хотя нуждаются в ней. Другие воспринимают необходимость опе-

рации трагически, «отдают себя в руки судьбы». Большинство больных испытывают перед операцией сильное волнение и страх. Пациенты боятся боли, страданий, последствий операции, исхода заболевания, многие испытывают страх наркоза. Появление этих страхов обосновано. В художественной литературе, кинофильмах, телевизионных передачах нередко подробно описывается ход хирургической операции и ее последствия. Кроме того, информацию об операции поступивший в стационар больной получает и от соседей по палате, уже перенесших вмешательство. Эта информация бывает неадекватной, устрашающей и усиливающей страх больного.

Беспокойство родственников, их паника, волнение тоже вносят дискомфорт в психологическое состояние больного, ожидающего операцию. Внешний вид хирургического стационара, его оборудование и оснащение тоже волнуют прибывших туда пациентов, особенно поступающих впервые. Белые стены, одежда хирургов и медицинских сестер, капельницы, кресла-каталки, носилки, перевязочный материал, хирургические инструменты — все это тревожит и вызывает внутреннее напряжение у больных.

Если больные испытывают сильное волнение и страх, это проявляется в их поведении. Одни пациенты громко выражают свое беспокойство, объясняют, чего они боятся, подробно рассказывают окружающим о своих чувствах. Если наладить с ними хороший контакт, их легко успокоить. Другие пациенты очень сдержанны, своим страхом не делятся, молчаливы, замкнуты. У таких больных могут быть осложнения вегетативного характера, например кризы, тахикардия, тремор, потливость, а также психопатологические симптомы. Бывают ситуации, когда реанимация, т.е. оживление больного, проводится в палате или перевязочной, т.е. в присутствии других больных. Это бывает редко, но все же случается. Само собой разумеется, что это не является психологически щадящим фактором для больных. Необходимо хотя бы кратко информировать окружающих пациентов о смысле производимой реанимации. В случае успешной реанимации доверие к возможностям медицины у пациентов укрепляется. После неудачной реанимации надо обязательно сообщить больным о безнадежном состоянии умершего пациента. При этом у больных, которые были свидетелями оживления, укрепляется

уверенность в том, что в хирургическом стационаре, где они лечатся, делается все возможное для спасения даже обреченных больных.

При работе с такими пациентами необходимо хорошо знать и понимать личность пациента. Из бесед с ним узнать, что означает для него операция, его отношение к хирургическому вмешательству. Обратит внимание на черты характера больного, который готовится к операции, его волевые качества, эмоциональное состояние.

В палате должна быть психологически комфортная обстановка. Медсестре следует обращать внимание на взаимоотношения больных, при необходимости помогать решать их небольшие проблемы, обучать взаимопомощи.

Перед операцией проводится психологическая подготовка больного к ней. Хирург и анестезиолог должны познакомиться с пациентом, поговорить с ним, ободрить, успокоить. Медицинская сестра проводит у постели больного больше времени. При этом налаживаются теплые доверительные отношения с больными, проводятся беседы, цель которых — внушить веру в благополучный исход операции.

К хирургическим больным нужно обращаться по имени-отчеству, вежливо, внимательно и приветливо. Не допускать «обезличивания» пациента, что может быть, когда больной сталкивается со многими специалистами однократно, иной раз не успевая и поговорить с ними. Желательно, чтобы каждая встреча больного с незнакомым ему специалистом проводилась с участием медицинской сестры, с которой у больного уже установился хороший контакт. Правильно подготовленная внимательная сестра может отлично стабилизировать психику больного в новой для него обстановке хирургического стационара.

Психология терапевтического пациента

В самых распространенных в клинической медицине терапевтических отделениях, как правило, находятся больные самого различного профиля — с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, почек и др. Нередко их болезненные состояния требуют длительного

лечения. Длительный отрыв от семьи и привычной профессиональной деятельности, а также тревога за состояние своего здоровья вызывают у них комплекс различных психогенных реакций. Кроме того, в терапевтических отделениях на обследовании и лечении находятся больные с жалобами на функциональные нарушения деятельности внутренних органов, нередко даже не подозревая того, что эти соматические нарушения психогенного характера.

В клинике внутренних болезней постоянно приходится иметь дело с соматогенными и психогенными нарушениями. Соматогенно обусловленные психические нарушения чаще возникают у тревожно-мнительных больных с ипохондрической фиксацией на своем состоянии. В предъявляемых ими жалобах, помимо обусловленных основным заболеванием, зачастую выявляется немало неврозоподобных нарушений: слабость, вялость, быстрая утомляемость, головная боль, нарушение режима сна, страх за свое состояние, чрезмерная потливость, сердцебиение и др. У таких больных отмечаются различные аффективные нарушения в виде периодически возникающей тревоги и тоски различной степени выраженности. Такие нарушения часто приходится наблюдать у больных с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, у лиц, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Наиболее распространенные неврозоподобные синдромы: синдром вегетативных расстройств (или психовегетативный), астенический (или неврастенический), обсессивный (синдром навязчивости), фобический (синдром страха), ипохондрический, депрессивный.

Синдром вегетативных расстройств чаще проявляется пароксизмами в виде преходящих вегетативных кризов с учащением пульса, развитием боли и неприятных ощущений в области сердца, головной боли, сухости во рту, повышением артериального давления, бледностью кожных покровов, онемением и похолоданием конечностей, ознобом. Также больные могут испытывать боль и «замирание» в области сердца, ощущение «перебоев», чувство давления в области грудной клетки, головокружение, чувство страха и тревоги. Нередко такое кризовое состояние диагностируется как «паническая атака».

Астенический синдром. Клинически проявляет себя повышенной утомляемостью, снижением трудоспособности, ухудшением памяти и внимания, повышенной возбудимостью, раздражительностью, эмоциональной неустойчивостью и лабильностью настроения. Для больных типичны нетерпимость и плохая переносимость ожидания, повышенная чувствительность к сенсорным раздражителям. Для астенического синдрома характерно нарушение сна, нарушение засыпания, сон с частыми пробуждениями ночью.

Обсессивный синдром характеризуется навязчивыми состояниями и навязчивыми мыслями. Навязчивые состояния подразделяются на навязчивости в интеллектуальной, эмоциональной и двигательной (моторной) сферах. У больных нередко развиваются защитные действия разнообразного характера в виде так называемых ритуалов. Возможны навязчивые сомнения, навязчивый счет, навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, фамилий, дат. Данные нарушения затрудняют общение и социальную адаптацию.

Фобический синдром. Невротические фобии представляют собой навязчивые переживания страха. Чаще всего встречаются такие страхи, как кардиофобия, агарофобия, клаустрофобия. С возрастом фобический синдром может приобретать еще более расширенную симптоматику. Пожилые люди часто боятся оставаться дома одни, боятся ночного времени суток, боятся переходить улицу. Более ярко у пожилых проявляется социофобия. Они замыкаются в себе, резко сужают круг своего общения, никому не доверяют. В результате снижения самооценки, возрастающего эмоционального напряжения, постоянно испытываемого страха и тревоги пожилые люди, с одной стороны, боятся быть одинокими, а с другой — быть обузой для родных и общества.

Ипохондрический синдром. Ипохондрия — неадекватное отношение к своему состоянию, которое выражается чрезмерным страхом за свое здоровье, сосредоточением внимания на представлениях, относящихся к собственному здоровью, склонностью приписывать себе болезни, которых нет. Обычно это стойкое патологическое образование, требующее направленного общения и ежедневной психологической коррекции.

Особого внимания заслуживают депрессивные нарушения различной степени выраженности. Во время этих состояний нередко возникают суицидальные мысли и даже попытки. При попытке к самоубийству могут быть оказаны различные виды помощи, вплоть до реанимационной и психиатрической, но самое главное — это предупреждение подобных попыток. Конечно, человек — не машина, заранее определить его поступки, поведение невозможно, как бы основательно мы его ни изучили. Наиболее эффективно внимательное отношение к больному в рамках сформировавшегося хорошего психологического контакта с ним. Позитивный психологический контакт с такими больными — та основа, без которой не обойтись, если мы действительно хотим помочь. Всеми силами нужно стремиться к тому, чтобы наиболее глубокие психологические контакты формировались именно с наиболее трудными группами больных. При этом в доверительной беседе, рассказывая нам о своих душевных переживаниях и намерениях, больной может освободиться от импульсов, побуждающих его к самоуничтожению.

При тяжелых декомпенсациях сердечной деятельности, при циррозе печени и уремии могут развиваться и острые психотические состояния. Психотическое состояние может возникнуть и у других соматических больных на фоне высокой температуры, обусловленной как осложнением болезненного процесса, так и присоединением инфекционного заболевания (чаще гриппа). Особого внимания заслуживает психотическое состояние у пожилых людей, страдающих гипертонической болезнью. На высоте подъема артериального давления у них может возникнуть динамическое нарушение мозгового кровообращения, предынсультное состояние и инсульт. Сопровождающие эти расстройства психотические состояния чаще развиваются в вечернее время, а в их клинической картине отмечается нарушение ориентировки и сознания типа оглушения. Больные не ориентируются в окружающем, с трудом или с большой задержкой отвечают на поставленные вопросы, иногда у них появляются нарушения речи и моторики (психомоторное возбуждение или ступор).

В последние годы частыми пациентами клиник внутренних болезней (более 40 %) являются больные с функциональными соматоформными нарушениями невротического (психогенного) ха-

рактера. При этом обращает на себя внимание обилие различных «псевдосоматических» жалоб: грудь теснит, колет в сердце, резко учащается сердцебиение, сердце работает с перебоями, тяжесть в области желудка, простреливающая боль в области живота, затруднен выдох, резь над лобком и частые мочеиспускания и др. Причем жалобы достаточно быстро меняют свою окраску, интенсивность и локализацию и чаще имеют преходящий характер, четко связанный с актуализацией психогенных переживаний.

При общении с такими больными медработник должен быть особенно внимателен и соблюдать принципы психотерапии. На многочисленные жалобы он должен отвечать, что болезненные расстройства постепенно уменьшатся и исчезнут при назначении соответствующего лечения. Больному необходимо разъяснить, что лекарственные и другие средства, назначаемые врачом, имеют положительное для него действие.

Медицинский персонал должен знать, что излишнее волнение и беспокойство могут обострить имеющиеся невротические и неврозоподобные симптомы. Необходимо всегда помнить о тесной взаимосвязи психического и соматического в лечебном процессе.

Психология пациента в стоматологической клинике

Специфика положения врача и пациента в стоматологической практике содержит ряд отклонений от классического ролевого содержания. В частности, своеобразие течения дентальных заболеваний меняет положение пациента. Лишь в острой стадии такие заболевания обеспечивают ему кратковременное освобождение от социальных обязанностей, т.е. полноценную роль больного. В остальных случаях «проблемы с зубами» оказываются личным делом индивида, требующим совмещения с повседневными социальными обязанностями. Важным для пациента оказывается месторасположение клиники, ее удобство и доступность.

Наряду со стимулами к посещению стоматолога пациент сталкивается и с определенными барьерами. Центральным из них является страх перед болью в процессе лечения. В таком контексте важной для пациента оказывается возможность купирования

боли, обостряются вопросы доступа к врачу, записи к нему в подходящее время, длительности ожидания приема. Эти параметры встают в один ряд с ожиданиями качества лечения и подсчетом затрат на него.

Овладение психологическими знаниями может быть полезно стоматологу по ряду причин:

1. Характер взаимоотношений «стоматолог — пациент» влияет на эффективность лечения.

2. Доброжелательные взаимоотношения между доктором и пациентом влияют на создание и сохранение своей клиентуры (практики), что особенно важно для врача, имеющего частную практику и/или работающего на коммерческом приеме.

3. Позитивный настрой, благоприятный психологический климат во время работы улучшает качество жизни самого врача. На работе мы проводим около 1/3 жизни, и предпочтительнее проводить ее в хорошем настроении.

Психологически подготовленный стоматолог должен «подстраиваться» к пациенту с учетом разных его особенностей:

- мыслительных — пациент думает быстро или медленно, сразу понимает намерения доктора или после детального разъяснения, что обязывает врача мыслить логично и контролировать четкость изложения собственных мыслей;

- осознания собственной стоматологической проблемы — пациент видит ее поверхностно или по существу, в комплексе или без учета различных клинических обстоятельств, что требует от врача умения приводить аргументы в доказательстве своих выводов и рекомендаций;

- эмоционального переживания своей проблемы — пациент адекватно обеспокоен тем, что имеет место в полости рта, или чрезмерно тревожится, и тогда врачу надо помочь пациенту преодолеть боязнь, страх, или не оценивает серьезность ситуации, и в таком случае врачу надо приложить усилия, чтобы повысить уровень его обеспокоенности;

- специфики работы сенсорных каналов — пациент преимущественно воспринимает информацию с помощью зрения, слуха или ощущений, и тогда доктор выбирает наиболее эффективный способ иллюстрации возникшей ситуации и доступ к его сознанию;

- стоматологического опыта — он может быть положительным, неопределившимся или отрицательным, и тогда его надо нейтрализовать, прежде чем предлагать наиболее эффективный вариант лечения;

- экстраверсии и интроверсии, т.е. общительности или замкнутости, что побуждает врача общаться с пациентом больше или меньше и с терпением воспринимать как любителя поговорить, так и человека, из которого приходится «вытягивать» информацию;

- незнания пациентом стоматологических терминов, что требует от врача умения изъясняться на понятном языке.

Методы диагностики внутренней картины болезни и психологических реакций на заболевание

1. Проективная методика «Рисунок болезни».

Проективная методика позволяет прояснить и корректировать внутреннюю картину болезни (включая картину здоровья). Пациенту предлагается в символической форме без каких-либо ограничений изобразить свою болезнь. Методика позволяет выразить свои чувства и представления, связанные с болезнью, в то же время она помогает внутренне растождествиться с болезнью и тем самым снять остроту негативных переживаний и сделать возможным более отстраненную оценку ситуации болезни. После создания рисунков происходит их представление и обсуждение в группе. При этом участники имеют возможность отреагировать чувства и представления ЭТО КАК?, связанные с рисунком и болезнью, осознавать своеобразие отношения к болезни. В случае необходимости, если в ходе работы проявляются выраженные негативные чувства, требующие немедленной коррекции, или автор приходит к новому восприятию болезни, допускается внесение изменений в уже созданные рисунки, что создает и психотерапевтический эффект.

2. ТОБОЛ.

Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический,

паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

12 типов отношения к болезни объединены в три блока. При объединении типов в блоки были выбраны два критерия: «адаптивность–дезадаптивность», которая отражает влияние отношения к болезни на адаптацию личности больного, и «интер–интрапсихическая направленность» дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения).

3. Экспресс-диагностика уровня невротической астении (УНА).

Основными показаниями к применению опросника УНА являются массовые скрининговые исследования различных контингентов испытуемых, проводимые в рамках психогигиенических и психопрофилактических программ для выявления групп риска с последующим клиническим обследованием клиническими психологами, психоневрологами, психиатрами. Методика может быть использована при диагностике и оценке степени выраженности астенического синдрома у больных неврозами и неврозоподобными расстройствами. Кроме того, методика УНА может быть полезна в клинической работе для уточнения и содержательной квалификации динамики состояния больных в процессе фармакотерапии и психотерапии в клинике неврозов.

К ограничениям, снижающим уровень обоснованности использования опросника УНА, можно отнести возраст испытуемого младше 18 и старше 60 лет. Кроме того, к ограничениям использования методики УНА относятся ограничения, общие для всех опросников: низкая степень понимания смысла утверждений опросника и наличие отчетливых установок на симуляцию и диссимуляцию у испытуемого.

4. Экспресс-диагностика слабоструктурированных депрессивных расстройств.

Методика может быть использована в общей медицинской сети — в поликлиниках и стационарах — как для выявления маскированных депрессий, так и явных депрессий, сопровождающих соматическую патологию. Опросник рассчитан на депрес-

сии средней и легкой тяжести, включая слабоструктурированные дистимические состояния.

К противопоказаниям применения методики относятся: неспособность больного к адекватному восприятию вербального материала, выраженная психотическая симптоматика, существенные когнитивные и волевые расстройства. Это в значительной степени может относиться к депрессиям, протекающим в тяжелой форме. Кроме того, опросник не может применяться при клинически отчетливых тенденциях к симуляции и диссимуляции и нарушениях сознания.

5. Гиссенский опросник соматических жалоб.

Опросник состоит из перечня, включающего 57 жалоб, относящихся к таким сферам, как общее самочувствие, вегетативные расстройства, нарушение функций внутренних органов.

6. Шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS).

Это клиническая тестовая методика, разработанная в качестве альтернативы Шкале депрессии Гамильтона в 1979 г. MADRS состоит из 10 вопросов, отражающих депрессивную симптоматику, каждый из которых оценивается в баллах от 0 до 6. Чем тяжелее состояние больного, тем больший балл ему присваивается. Состояния, соответствующие 0, 2, 4 и 6 баллам, описаны в шкале, нечетные баллы оставлены для промежуточных состояний. Общий балл по шкале, таким образом, варьируется от 0 до 60 и снижается в процессе облегчения состояния. Шкала не градуирована, оценивается только общий балл.

7. Шкала Гамильтона для оценки тревоги.

Шкала тревоги Гамильтона (англ. The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS) — клиническая рейтинговая шкала, предназначенная для измерения тяжести тревожных расстройств пациента. Перечень стандартных пунктов, входящих в HARS: тревожное настроение, напряжение, страхи, инсомния, интеллектуальные нарушения, депрессивное настроение, соматические мышечные симптомы, соматические сенсорные симптомы, сердечно-сосудистые симптомы, респираторные симптомы, гастроинте-

стиральные симптомы, мочеполовые симптомы, вегетативные симптомы, поведение при осмотре. Для получения общего балла, отражающего уровень тяжести тревожного расстройства, необходимо сложить баллы по всем пунктам. Кроме того, первые шесть пунктов могут быть оценены отдельно как проявления тревоги в сфере психики, а остальные восемь — как проявления тревоги в соматической сфере.

Значения в 17 баллов и менее свидетельствуют об отсутствии тревоги, 18–24 балла — о средней выраженности тревожного расстройства, 25 баллов и выше — о тяжелой тревоге.

Тестовые вопросы для самоконтроля

1. Информационная сторона внутренней картины болезни включает:

А) знания пациента о болезни, ее причинах, возможностях лечения;

Б) ощущения: боль, дискомфорт, жжение;

В) выполнение рекомендаций врача;

Г) страх, гнев при постановке диагноза.

2. Тип отношения к болезни, при котором идет активное отбрасывание мыслей о болезни, ее последствиях, непризнание себя больным:

А) неврастенический;

Б) апатический;

В) анозогнозический;

Г) эргопатический;

Д) эгоцентрический.

3. Понятие «внутренняя картина болезни» ввел:

А) А. Гольдшейдер;

Б) Л.Л. Рохлин;

В) Р.А. Лурия.

4. В.В. Николаева выделяет следующие стороны внутренней картины болезни:

- А) информационную;
- Б) физиологическую;
- В) сенсорную;
- Г) мотивационную;
- Д) эмоциональную.

5. Тип реагирования на болезнь, при котором нарушается социальная адаптация:

- А) гармонический;
- Б) эргопатический;
- В) неврастенический;
- Г) анозогнозический.

6. Явное игнорирование информации о своем заболевании, отказ от установленного диагноза и выполнения рекомендаций в связи с «отсутствием» болезни (по мнению больного) называется ...

7. Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, стремление во всем содействовать успеху лечения, нежелание обременять других тяготами ухода за собой называется ... типом отношения к болезни.

8. Тип отношения к болезни, при котором больной полностью сосредотачивается на болезненных и иных неприятных ощущениях:

- А) гармоничный;
- Б) ипохондрический;
- В) паранойяльный;
- Г) меланхолический;
- Д) неврастенический.

9. Тип отношения к болезни, при котором больной уверен в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, демонстрирует крайнюю подозрительность к лекарствам и процедурам:

- А) эргопатический;
- Б) меланхолический;
- В) сенситивный;
- Г) паранойяльный;
- Д) неврастенический.

10. Тип отношения к болезни, характеризующийся безразличием к своей судьбе, исходу болезни, результатам лечения, пассивностью:

- А) меланхолический;
- Б) сенситивный;
- В) тревожный;
- Г) ипохондрический;
- Д) апатический.

Список литературы по теме

1. Абрамова Г.С., Юдниц Ю.А. Психология в медицине: учеб. пособие. — М.: Кафедра-М, 1998. — 272 с.

2. Ананьев В.А. Психология здоровья. Кн. I. — СПб.: Речь, 2006. — 384 с.

3. Исаков А.В., Степаненко С.М., Фридлянд М.И. Предоперационная психологическая подготовка ребенка в амбулаторной хирургии // Российский вестник. — 2013. — Т. III, № 2. — С. 106–110.

4. Локтионова А.Ю., Шестакова В.И. Взаимодействие ребенок-пациент и врач-стоматолог // Психологические науки. — 2019. — № 5 (20). — С. 28–32.

5. Никифоров Г.С. Психология здоровья: учеб. пособие. — СПб.: Питер, 2006. — 607 с.

6. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности. — М.: Академия, 1997. — 204 с.

7. Фролова Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья: учеб. пособие. — 2-е изд., перераб. и доп. — Минск: БГУ, 2003. — 172 с.

Практическая часть

Тест ЛОБИ

(Личностный опросник Бехтеревского института)

Инструкция: ниже приведен ряд утверждений, касающихся вашего заболевания, самочувствия, а также некоторых аспектов

жизни в целом. Пожалуйста, отметьте утверждения, которые вы считаете верными в отношении себя. В каждом разделе, выделенным полужирным шрифтом, можно сделать не более 2 выборов.

№	Предлагаемые выборы	Баллы для раскодирования
	Самочувствие	
1	С тех пор, как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	Т
2	Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	З
3	Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	Г
4	Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	ПП
5	У меня почти всегда что-нибудь болит	И
6	Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений	Н
7	Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	Т
8	Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	—
9	Мое самочувствие вполне удовлетворительно	
10.	С тех пор, как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	ТН
11.	Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие	—
0	Ни одно из определений мне не подходит	—
	Настроение	
1	Как правило, настроение у меня очень хорошее	Ф
2	Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	ННТЯ
3	У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	ООС
4	Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	Г
5	Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	ИЯ
6	Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	ТН

№	Предлагаемые выборы	Баллы для раскоди- рования
7	У меня стало совершенно безразличное настроение	А
8	У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	—
9	У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточение и гнев	—
10	Малейшие неприятности сильно задевают меня	П
11	Из-за болезни у меня всегда тревожное настроение	ТТО
12	Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей	—
0	Ни одно из определений мне не подходит	—
Сон и пробуждение ото сна		
1	Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	—
2	Утро для меня — самое тяжелое время суток	—
3	Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	ТНО
4	Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	А
5	Я сплю мало, но встаю бодрым, сны вижу редко	
6	С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	—
7	У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения	
8	Бессонница у меня наступает периодически без особых причин	
9	Я не могу спокойно спать, если утром надо встать в определенный час	—
10	Утром я встаю бодрым и энергичным	
11	Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	СС
12	По ночам у меня бывают приступы страха	О
13	С утра я чувствую полное безразличие ко всему	
14	Я могу свободно регулировать свой сон	
15	По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	О
16	Во сне мне видятся всякие болезни	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	

№	Предлагаемые выборы	Баллы для раскоди- рования
	Аппетит и отношение к еде	
1	Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	С
2	У меня хороший аппетит	ФП
3	У меня плохой аппетит	И
4	Я люблю сытно поесть	
5	Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	З
6	Мне легко можно испортить аппетит	
7	Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность	И
8	Еда меня интересует прежде всего как средство поддержать здоровье	Р
9	Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	И
10	Еда не доставляет мне никакого удовольствия	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
	Отношение к болезни	
1	Моя болезнь меня пугает	Т
2	Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	АА
3	Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	ФФ
4	Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	С
5	Без конца думаю обо всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	ОО
6	Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	И
7	Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей	П
8	Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	З
9	Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше	РР

№	Предлагаемые выборы	Баллы для раскоди- рования
10	Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	И
11	Я здоров, и болезни меня не беспокоят	З
12	Моя болезнь протекает совершенно необычно — не так, как у других, и поэтому требует особого внимания	ЯЯ
13	Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым	НН
14	Я знаю, по чьей вине я заболел, и не прощу этого никогда	П
15	Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	Г
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
	Отношение к лечению	
1	Избегаю всякого лечения — надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	—
2	Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	—
3	Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни	—
4	Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	—
5	Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочарываюсь	—
6	Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию	
7	Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	
8	От лечения мне становится только хуже	—
9	Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	
10	Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	П
11	Считаю, что меня лечат неправильно	П
12	Я ни в каком лечении не нуждаюсь	—
13	Мне надоело бесконечное лечение, хочу только, чтобы меня оставили в покое	—

№	Предлагаемые выборы	Баллы для раскodi- рования
14	Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	Г
15	Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не даст улучшения	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	ЗФР
	Отношение к врачам и медперсоналу	
1	Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	Г
2	Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность	И
3	Считаю, что я заболел прежде всего по вине врачей	П
4	Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	—
5	Мне все равно, кто и как меня лечит	
6	Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-то важное, что может повлиять на успех лечения	
7	Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь	—
8	Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	Я
9	С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	Г
10	Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательно и недобросовестно выполняют свои обязанности	НП
11	Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом	—
12	Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	
13	Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
	Отношение к родным и близким	
1	Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких меня перестали волновать	—
2	Я стараюсь родным и близким не показывать виду, как я болен, чтобы не омрачать им настроения	СР
3	Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного	—

№	Предлагаемые выборы	Баллы для раскodi- рования
4	Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	—
5	Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	И
6	Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	—
7	Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	Я
8	Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	
9	Из-за болезни я стал в тягость близким	
10	Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывают у меня неприязнь	—
11	Я считаю, что заболел из-за моих родных	
12	Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	
	Отношение к работе (учебе)	
1	Болезнь делает меня никуда негодным работником (неспособным учиться)	А
2	Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	
3	Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной	—
4	Из-за болезни мне стало не до работы (не до учебы)	—
5	Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)	С
6	Считаю, что болезнь моя из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью	
7	На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне	О
8	Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	Ф
9	Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни	Р

№	Предлагаемые выборы	Баллы для раскоди- рования
10	Я считаю, что, несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	РР
11	Болезнь сделала меня на работе (учебе) неусидчивым и нетерпеливым	
12	На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	—
13	Все удивляются и восхищаются тем, что я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	—
14	Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	
	Отношение к окружающим	
1	Мне теперь все равно, кто меня окружает и кто около меня	—
2	Мне хочется только, чтобы окружающие оставили меня в покое	—
3	Когда я заболел, все обо мне забыли	—
4	Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	
5	Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	
6	Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	33
7	Мне бы хотелось, чтобы окружающие испытали на себе, как тяжело болеть	—
8	Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни	
9	Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	Я
10	Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих	—
11	С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	—
12	Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу	—
13	Среди окружающих я теперь вижу, как много людей страдает от болезней	

№	Предлагаемые выборы	Баллы для раскodi- рования
14	Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражает меня	И
15	Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	Г
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	
	Отношение к одиночеству	
1	Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	АС
2	Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	
3	В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную и нужную работу	—
4	В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	
5	Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать	НЯ
6	Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям	—
7	Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	—
8	Мне стало все равно: что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	—
9	Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	ГФ
10	Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	СЯ
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	Ф
	Отношение к будущему	
1	Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	АА
2	Мое здоровье не дает пока никаких оснований беспокоиться за будущее	ЗФ
3	Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	—
4	Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	ЗЗ

№	Предлагаемые выборы	Баллы для раскодирования
5	Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	ГТ
6	Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)	
7	Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем	А
8	Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее	ИСЯЯ
9	Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел	П
10	Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей	—
11	Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—

Каждый буквенный символ в графе «Баллы для раскодирования» соответствует 1 баллу в пользу соответствующего типа: Г — гармоничного, Т — тревожного и т.д. Два и более символа за один выбор, например ТН, ЗФ, означают, что по одному баллу начисляется на каждый из этих типов. Сдвоенные символы, например ПП, РР, обозначают, что в пользу данного типа начисляется по два балла. После построения графика диагностика типа осуществляется в соответствии со следующими правилами:

Интерпретация: заключение о преобладающем типе психического реагирования на заболевание делается на основании сравнения полученных при обработке данных испытуемого по всем типам реагирования с минимальными диагностическими числами. Диагностируются лишь те типы, которые оказываются равными или превышающими соответствующее минимальное диагностическое число.

При проведении интерпретации возможно выделение до трех доминирующих типов: либо по преобладанию, либо при равных значениях — клинически. Гармоничный тип отношения диагностируется только в том случае, если лишь он один достигает минимального диагностического числа. В случае если ни один из типов не достиг минимального диагностического числа, в заключении указываем: «Тип отношения к болезни не определяется».

Тип реагирования	Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
Минимальное диагностическое число	7	4	3	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3
Показатели испытуемого													

Обозначения: Г — гармоничный, Т — тревожный, И — ипохондрический, М — меланхолический, А — апатический, Н — неврастенический, О — обсессивно-фобический, С — сенситивный, Я — эгоцентрический, Ф — эйфорический, З — анозогнозический, Р — эргопатический, П — паранойяльный.

Диагностический код опросника

Классификация типов отношения к болезни:

1. Гармоничный (Г) (реалистичный, взвешенный). Оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Стремление облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких.

2. Эргопатический (Р) (стенический). «Уход от болезни в работу». Характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеническое отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

3. Анозогнозический (З) (эйфорический). Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни — отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия.

В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само все обойдется». При эйфорическом варианте этого типа — необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни.

4. Тревожный (Т) (тревно-депрессивный и обсессивно-фобический). Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов», частая смена лечащего врача. В отличие от ипохондрического типа отношения к болезни, в большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям. Поэтому предпочтение слушать о проявлениях заболевания у других, а не предъявлять без конца свои жалобы. Настроение тревожное. Как следствие тревоги — угнетенность настроения и психической активности. При обсессивно-фобическом варианте этого типа — тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический (И). Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.

6. Неврастенический (Н). Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем — критическое отношение к своим поступкам и необдуманным словам, просьбы о прощении.

7. Меланхолический (М) (витально-тоскливый). Сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

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

9. Сенситивный (С). Чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать из-за болезни обузой для близких и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Колебания настроения, связанные главным образом с межличностными контактами.

10. Эгоцентрический (Я) (истероидный). «Принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью. Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы о себе в ущерб другим делам и заботам, полное невнимание к близким. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Другие люди, также требующие вни-

мания и заботы, рассматриваются как «конкуренты», отношение к ним неприязненное. Постоянное желание показать другим свою исключительность в отношении болезни, непохожесть на других. Эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость.

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

12. Обсессивно-фобический (О). Тревожность касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

13. Эйфорический (Ф). Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь.

Тема 3

Введение в психосоматическую медицину. Теории психосоматики

1. История развития психосоматики. Определение психосоматики, психосоматических расстройств. 2. Классификация психосоматических расстройств. 3. Психодинамические концепции возникновения психосоматических заболеваний. 4. Характерологическое направление в психосоматике. 5. Бихевиоральный подход: теория стресса (Г. Селье), теория выученной беспомощности (М. Селигман). 6. Системный семейный подход в психосоматике.

История развития психосоматики. Определение психосоматики, психосоматических расстройств

Термин первоначально возник в медицине — он был введен немецким врачом Иоганном Гейнроттом в 1818 г. с целью подчеркнуть значение психосоматических переживаний для возникновения некоторых соматических болезней.

Психосоматическая медицина — метод лечения и наука о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой (В. Бройтигам, 1999).

Психосоматика — направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний (бронхиальной астмы, гипертонической болезни, язвенной болезни, нейродермита) (Психология. Словарь под общей ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского, 1990).

Психосоматический подход в медицине — учет психологического фактора в происхождении и лечении соматических заболеваний.

Классификация психосоматических расстройств

В настоящее время широко рассматриваются три варианта классификации психосоматических расстройств: по виду нарушений, по возрасту и по МКБ-10.

► По виду нарушений выделяют следующие расстройства (I. Jochmus, G.M. Schmitt, 1986):

1. Психосоматические функциональные нарушения (нарушения у грудных детей и детей раннего возраста; нарушения сна; энурез; энкопрез; запор; конверсионные неврозы).

2. Психосоматические болезни (бронхиальная астма, нейродермит, язвенный колит, болезнь Крона, язва желудка, нервная анорексия, булимия, ожирение).

3. Хронические болезни, при которых возникают серьезные переживания (соматопсихические реакции): муковисцидоз, сахарный диабет, злокачественные новообразования.

► По возрасту психосоматические расстройства распределяют следующим образом:

Младенческий возраст:

- младенческие колики;
- срыгивание;
- анорексия;
- остановка развития;
- приступы нарушения дыхания;
- нейродермит;
- спастический плач;
- ранняя бронхиальная астма;
- внезапная смерть младенца и др.

Дошкольный возраст

- запор;
- понос;
- «раздраженный кишечник»;
- боли в животе;
- циклическая рвота;
- отказ от жевания;
- анорексия и булимия;
- энкопрез;
- энурез;
- ожирение;
- нарушение сна;
- лихорадка и др.

Школьный возраст и подростки:

- мигрень;
- боли;
- обмороки;
- вегетососудистая дистония;
- бронхиальная астма;
- нервная анорексия;
- язвенная болезнь;
- язвенный колит;
- энурез;
- энкопрез;
- нейродермит и др.

В Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) термин «психосоматические» отсутствует. Расстройства, описываемые в других классификациях как психосоматические, в детском возрасте могут быть обнаружены в следующих диагностических рубриках МКБ-10:

F30-F39. Аффективные расстройства настроения.

F40-F48. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

F93-F94. Эмоциональные и расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского и подросткового возраста.

F50. Расстройство приема пищи.

F52. Сексуальная дисфункция.

F54. Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах.

В детской практике психосоматические расстройства преимущественно классифицируются в разделе F45. Соматоформные расстройства.

Главным признаком соматоформных расстройств (F45) являются повторяющиеся возникновения физических симптомов, заставляющих предположить соматическое заболевание, которое не подтверждается объективными данными медицинского обследования, что заставляет больных постоянно требовать новых медицинских обследований. Если физические расстройства присутствуют, они не объясняют природу и выраженность симптоматики.

У детей и подростков клинически соматоформные расстройства чаще диагностируются как соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3), имеющая следующие диагностические критерии:

F45.30 — сердце и сердечно-сосудистая система (включаются: невроз сердца, синдром Да Каста, нейроциркуляторная дистония).

F45.31 — верхний отдел желудочно-кишечного тракта (включаются: невроз желудка, психогенная аэрофагия, икота, диспепсия, пилороспазм).

F45.32 — нижний отдел желудочно-кишечного тракта (включаются: психогенный метеоризм, синдром раздраженного кишечника, синдром газовой диареи).

F45.33 — дыхательная система (включаются психогенные формы кашля и одышки).

F45.34 — мочеполовая система (включаются: психогенное повышение частоты мочеиспускания, психогенная дизурия).

F45.38 — другие органы и системы.

Жалобы, предъявляемые больными, касаются тех органов или систем, которые в основном или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы (сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой).

У многих больных с этим расстройством имеются указания на наличие психологического стресса или затруднения и проблемы, которые представляются связанными с расстройством.

Для достоверного диагноза требуются все следующие признаки:

- симптомы вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потливость, покраснение, тремор, имеющие хронический характер и причиняющие беспокойство;

- дополнительные субъективные симптомы, относящиеся к определенному органу или системе, озабоченность и огорчение по поводу возможного серьезного (но часто неопределенного) заболевания этого органа или системы, причем повторные объяснения и разуверения на этот счет врачей остаются бесплодными;

- отсутствуют данные о существенном структурном или функциональном нарушении данного органа или системы.

Рубрика «F54. Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах» связана с диагностикой истинных психосоматических расстройств. С точки зрения современных представлений, к психосоматическим расстройствам и нарушениям относят конверсионные синдромы, психосоматические функциональные синдромы, психосоматозы, психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения.

Конверсионные синдромы — невротический конфликт получает соматическую переработку, симптом имеет символический характер. Конверсионные проявления затрагивают произвольную моторику и органы чувств (пример: истерические параличи).

Психосоматические функциональные синдромы — пациенты с набором неопределенных жалоб. Локализация жалоб: сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовая система.

Психосоматозы — психосоматические заболевания в узком смысле. Первичная телесная реакция на конфликтное переживание. Отмечаются морфологические изменения и патологические нарушения в органах. Первоначально выделяли семь психосоматозов: бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз.

Психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения — склонность к травмам и другим видам саморазрушающего поведения (алкоголизм, наркомания, табакокурение, переедание с ожирением и др.).

Психодинамические концепции возникновения психосоматических заболеваний

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

Конверсионная модель (З. Фрейд)

З. Фрейд считал, что причина симптомов — внутриличностный конфликт. Вытесненные из сознания социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные) прорываются, принимая символическую форму (не может двигать рукой при подавлении агрессии, импотенция при плохих отношениях с женой). Конверсионные проявления затрагивают в основном произвольную моторику и органы чувств.

1. Поставлен вопрос о психологическом смысле симптома.
2. Обращено внимание на период детства.
3. В механизме симптомообразования учтены особенности функционирования личности в раннем периоде.
4. Проводилась в жизнь идея целостного подхода к больному.

Модель «борьбы за свое тело» (П. Куттер)

П. Куттер предполагает, что психосоматические пациенты недостаточно «любят» свое тело. Следствием этого является «нарушение коммуникации» больного с телом, что выражается в невосприимчивости к сигналам тела (голод, утомление и др.).

В процессе развития человек должен научиться воспринимать свое тело, «овладеть им». Мать может способствовать и мешать этому процессу. Выделяют два типа матерей. 1-й тип — матери, которые испытывают симбиотические потребности к ребенку. Такие матери подменяют потребности ребенка собственными. Ребенок чувствует, что его тело принадлежит матери, а не ему. Таким образом, происходит некоторое отчуждение собственного тела. 2-й тип — матери с *дефицитом* любви и внимания к ребенку и его телу. Ребенок чувствует себя нелюбимым; более того, он уже не способен сам любить себя и свое тело.

Теория алекситимии (Д. Немия и П. Сифнеос)

Алекситимия — неспособность воспринимать и называть словом чувства.

Авторы теории придают значение гиперопекающей матери, не допускающей проявления раздражения у ребенка. «Слишком»

хорошо ухаживающая мать не дает ребенку «оторваться» от себя. Это приводит к тому, что ребенок не развивает способности к выражению своего состояния. Единственный доступный для него язык выражения эмоций — язык тела. Возникает ограничение фантазии, «конкретный» тип мышления, неспособность выражать свои чувства. Для таких людей характерны товарищеские отношения со своеобразной «пустотой отношений» и неспособность к истинным отношениям с объектом со значимыми людьми (тотальная идентификация с объектом).

Психосоматическая мать (М. Малер)

М. Малер вводит понятие «психосоматической матери» и описывает ее характеристику как авторитарную, сверхвключенную, доминирующую, открыто тревожную, латентно враждебную, требовательную, навязчивую. Любые попытки отделиться от матери со стороны ребенка матерью отвергаются.

Если мать обладает такими характеристиками, то, как правило, существуют определенные особенности отца: это слабая личность, он не умеет противостоять доминирующей и авторитарной матери, находится в отдалении от материнско-детской диады.

Характерологическое направление в психосоматике

Тип поведения А (М. Фридман, Р. Розенман)

Было выделено два полярных типа поведения — тип А и тип В (1974).

К первому типу (*тип А*) относится поведение, ориентированное на успех и жизненные достижения, высокий уровень двигательной активности и преобладание симпатических реакций в ответ на нагрузку (учащение пульса, рост артериального давления и др.), т.е. постоянная готовность к действию. Именно этот тип поведения значительно повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний и скорострительной смерти.

Тип В представляет вариант реагирования на стресс с преобладанием парасимпатических эффектов (снижение частоты сердечбиений и другие соответствующие вегетативные проявления),

характерно снижение двигательной активности и относительно низкая готовность включаться в действие. Перечисленные различия определяют разную чувствительность того и другого типа к стрессогенным воздействиям. Один из путей профилактики сердечно-сосудистых заболеваний состоит в том, чтобы уменьшить в репертуаре поведения пациента проявлений типа А.

Розенман и Фридман разработали специальную анкету для диагностики типа поведения А и В.

Тип С: такие лица обычно не выражают эмоции, легко опуская чувства, особенно негативные, такие как гнев. Они могут быть чрезвычайно дружелюбными, избегать конфликтов, преобладать соблюдение социальных правил и терпение. Отмечается склонность к раковым заболеваниям.

Тип поведения D (от D — дистресс) — комбинация черт человека, таких как негативная эмоциональность (например, беспокойство, раздражительность) и социальная ингибция (например, сдержанность и отсутствие уверенности в себе). Отмечается склонность к внезапной смерти после инфаркта миокарда.

Концепция «личностных профилей» Ф. Данбар

Установлена взаимосвязь между типами реакций и личностными характеристиками. В результате наблюдений установлены характерные личностные профили.

«Личность, склонная к повреждениям/несчастьям»: это импульсивные, ведущие неупорядоченный образ жизни, любящие приключения люди, которые живут одним моментом, поддаются любому спонтанному порыву, не контролируют свою агрессивность в отношении других людей, особенно пользуются авторитетом. При этом они проявляют тенденцию к самонаказанию исходящую из неосознанного чувства вины.

Личность, склонная к ангинозным жалобам и развитию инфаркта миокарда, коронарная личность: выдержанные, способные к деятельности с большой последовательностью и самообладанием, которые в состоянии отказаться от непосредственного удовлетворения своих потребностей ради достижения отдаленной цели.

Для гипертонического типа личности свойственны повышенная гневливость, чувство вины за собственные враждебные импульсы, выраженная потребность в одобрении со стороны окружающих, особенно авторитетных или руководящих лиц.

В структуре *аллергического типа личности* часто встречаются такие черты, как повышенная тревожность, неудовлетворенная потребность в любви и защите, конфликтное сочетание стремления к зависимости и независимости, повышенная сексуальность.

Общие особенности, присущие всем больным с психосоматическими расстройствами: инфантильность, сильная способность к фантазированию, недостаточная включенность в ситуацию, больные часто неспособны к словесному описанию тонких нюансов своих чувств и переживаний.

Бихевиоральный подход: теория стресса (Г. Селье), теория выученной беспомощности (М. Селигман)

Психические факторы играют неспецифическую роль в многофакторном переплетении причин болезней.

Общий адаптационный синдром (Г. Селье)

В 1956 г. Селье разработал концепцию «общего адаптационного синдрома» (рис. 1).

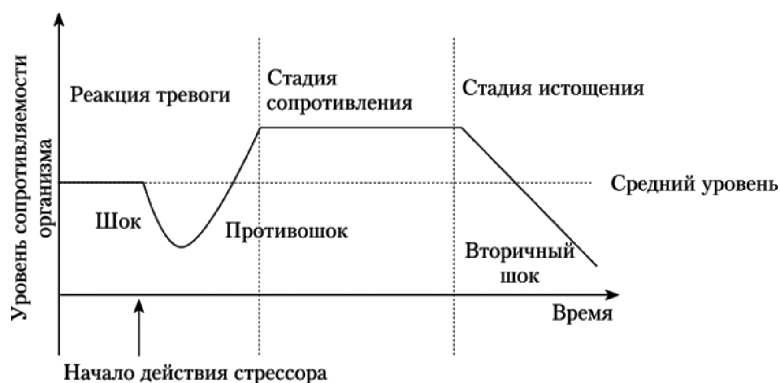


Рис. 1. Стадии общего адаптационного синдрома (Г. Селье, 1956)

Первая стадия называется стадией тревоги. Эта стадия связана с мобилизацией защитных механизмов организма. Во время этой стадии эндокринная система отвечает нарастающей активацией всех трех осей. При этом главную роль играет адрено-кортикальная система.

Вторая стадия называется стадией сопротивления или резистентности. Эту стадию отличает максимально высокий уровень сопротивляемости организма к действию вредоносных факторов. Она выражает усилия организма поддержать состояние гомеостаза (равновесия внутренней среды) в изменившихся условиях.

Последняя стадия — стадия истощения. Если воздействие стрессора будет продолжаться, то в итоге «энергия адаптации», т.е. адаптивные механизмы, участвующие в поддержании стадии резистентности, исчерпает себя. Тогда организм вступает в финальную стадию — стадию истощения. В некоторых случаях под большой угрозой действительно может оказаться выживание организма.

Теория выученной беспомощности (М. Селигман)

М. Селигман решил экспериментально изучить природу беспомощности. Он разработал схему эксперимента, предполагавшего участие трех групп животных. Первой группе предоставлялась возможность избежать болевого воздействия. Нажав на панель носом, собака этой группы могла отключить питание системы, вызывающей шок. Таким образом, она была в состоянии контролировать ситуацию, ее реакция имела значение. Собаки второй группы получали тот же шок, что и собаки первой группы, но их собственная реакция не влияла на результат. Третья группа шока вообще не получала.

После такого рода «тренировки» все три группы собак были помещены в ящик с устройством электрошока и с перегородкой, через которую любая из них могла легко перепрыгнуть и таким образом избавиться от электрошока. Именно так и поступали собаки из группы, имевшей возможность контролировать шок. Легко перепрыгивали барьер собаки контрольной группы. Собаки же

с опытом неконтролируемости неприятностей жалобно скулили, метались по ящику, затем ложились на дно и, поскуливая, переносили удары током все большей и большей силы.

Из этого Селигман сделал вывод, что беспомощность вызывают не сами неприятные события, а опыт неконтролируемости этих событий.

Эксперименты по изучению влияния беспомощности на иммунитет были проведены Мадлон Висинтейнер на классических лабораторных животных — крысах. Всем крысам привили некоторое количество раковых клеток. Это количество было специально подобрано таким образом, что при нормальных условиях должны были выжить 50 % крыс. Затем всех крыс разделили на три группы: первые получали умеренный шок, которого можно было избежать, вторая группа получала неконтролируемый неизбежный шок, третья группа вообще не получала никакого шока. Смертность в этой контрольной группе составила обычную для теста пропорцию 50 на 50.

Среди «беспомощных» крыс умерло 73 % особей. Было доказано, что выученная беспомощность может влиять на иммунитет — сопротивляемость организма деятельности болезнетворных клеток.

Но еще более удивительная вещь произошла в группе, в которой крысы научились сами останавливать действие электрического тока. Смертность в этой группе составила всего 30 %. Позже Селигман назвал это качество оптимизмом.

Системный семейный подход в психосоматике

Теория «психосоматической семьи (С. Минухин)

Представитель системного семейного подхода С. Минухин изучал семьи детей с бронхиальной астмой и пришел к выводу, что существует пять характеристик психосоматогенных семей:

- 1) сверхвключенность родителей в жизненные проблемы ребенка, которая мешает развитию самостоятельности, следовательно, защитные механизмы более слабые и способствуют развитию внутреннего конфликта;

2) сверхчувствительность каждого члена семьи к дистрессам другого;

3) низкая способность менять правила взаимодействия при меняющихся обстоятельствах, при которой взаимоотношения в семье ригидные;

4) тенденция избегать выражения несогласия и открытого обсуждения конфликтов, риск возникновения внутренних конфликтов;

5) ребенок и его заболевание часто играют роль стабилизатора в скрытом супружеском конфликте.

Тестовые вопросы для самоконтроля

1. Расстройство функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов, принято называть заболеваниями:

- А) психотическими;
- Б) психопатическими;
- В) психосоматическими;
- Г) соматопсихическими.

2. Первая стадия стресса по Г. Селье — это стадия:

- А) тревоги;
- Б) истощения;
- В) резистентности.

3. Франц Александер объяснял возникновение психосоматических заболеваний:

- А) преморбидными особенностями личности больных;
- Б) типичной конфликтной ситуацией;
- В) кортико-висцеральными взаимоотношениями.

4. Автор концепции «конверсии на орган»:

- А) Г. Селье;
- Б) Ф. Александер;
- В) К. Данбар;
- Г) З. Фрейд.

5. Термин «алекситимия» означает:
- А) расстройство способности прочесть текст;
 - Б) неспособность распознать и выразить переживаемые чувства;
 - В) утрату эмоциональных реакций на окружающее.
6. Риск соматического заболевания после действия стресса увеличивает такая индивидуально-личностная особенность человека, как:
- А) чувство беспомощности;
 - Б) активность;
 - В) энергичность;
 - Г) предприимчивость.
7. Соматическое заболевание является следствием внутриличностного конфликта в соответствии с концепциями:
- А) гештальтпсихологии;
 - Б) гуманистического направления;
 - В) бихевиорального направления;
 - Г) психоанализа;
 - Д) психофизиологического направления.
8. Тип «А», описанный американскими учеными М. Фридманом и Р. Розенманом, подразумевает:
- А) совокупность факторов риска, увеличивающую вероятность психосоматического расстройства;
 - Б) поведенческие черты личности, увеличивающие вероятность инфаркта миокарда;
 - В) расстройство нейроэндокринной регуляции, увеличивающее вероятность гипертонической болезни;
 - Г) поведенческие черты личности, увеличивающие вероятность язвенной болезни желудка.
9. Согласно представлениям Ф. Александера, такие соматические заболевания, как бронхиальная астма, колиты, язвенные болезни, вызываются подавлением:
- А) страха;
 - Б) тревожности;
 - В) агрессии;
 - Г) инфантильной зависимости.

10. Для диагностики риска психосоматических расстройств используется:

- А) Торонтская шкала алекситимии;
- Б) Методика В.В. Бойко;
- В) Личностный опросник Бехтеревского института.

Список литературы по теме

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение / пер. с англ. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. — 333 с.

2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: краткий учебник / пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; предисл. В.Г. Остроглазова. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 376 с.

3. Ганзин И.В. Основы психосоматики. Интегративное учебное пособие. Психобиосоциальная модель. — Симферополь: Доля, 2012. — 184 с.

4. Кулаков С.А. Основы психосоматики. — СПб.: Речь, 2003. — 288 с.

5. Любан-Плоцц Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. — М., 1996. — 256 с.

6. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: новейший справочник. — М.: ЭКСМО; Санкт-Петербург: Сова, 2003. — 926 с.

7. Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина: монография. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 608 с.

8. Смулевич А.Б. Лекции по психосоматике / Медицинское Информационное Агентство (МИА). — М., 2014. — 167 с.

9. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела. — Ростов: Феникс, 2014. — 350 с.

Практическая часть

Опросник Дженкинса

Инструкция по заполнению опросника: Медицинское исследование проводится с целью выяснения причин заболеваний, от

которых в последнее время страдает все больше людей в среднем возрасте.

Просим выбрать один подходящий вам ответ на предложенные вопросы и перечеркнуть нужную клеточку в бланке ответов. Если вам подходит несколько ответов, выберите из них наиболее подходящий.

Просим вас ответить на все вопросы.

Каждый человек может отвечать по-разному, поэтому здесь не может быть правильных или неправильных ответов. Просим не советоваться с другими, нам важно знать ваше личное мнение. Ваши ответы будут сохранены в тайне.

Если в настоящее время неожиданные изменения здоровья заставили вас изменить работу или привычный образ жизни, просим ответить так, как бы вы отвечали до этого события или заболевания.

1. Бывает ли, что вам трудно выбрать время, чтобы сходить в парикмахерскую?	
1) никогда	
2) иногда	
3) почти всегда	
2. У вас такая работа, которая взбадривает, понукает, будоражит вас?	
1) меньше, чем работа большинства людей	
2) примерно так же, как работа большинства людей	
3) больше, чем работа большинства людей	
3. Ваша повседневная жизнь в основном наполнена:	
1) делами, требующими решения	
2) обыденными делами	
3) делами, которые вам скучны	
4. Одни люди живут спокойной размеренной жизнью. Жизнь других часто переполнена неожиданностями, непредвиденными обстоятельствами и осложнениями. Как часто вам приходится сталкиваться с такого рода крупными или мелкими событиями?	
1) несколько раз в день	
2) примерно раз в день	
3) несколько раз в неделю	
4) раз в неделю	
5) раз в месяц или реже	
5. В случае если вас что-то сильно гнетет, давит или люди слишком много требуют от вас, то вы:	
1) теряете аппетит и (или) меньше едите	

2) едите больше и чаще обычного	
3) не замечаете никаких существенных изменений в (привычном) аппетите	
6. В случае если вас что-то гнетет, давит или у вас есть заботы, то вы:	
1) немедленно принимаете соответствующие меры	
2) тщательно обдумываете, прежде чем начать действовать	
7. Как быстро вы обычно едите?	
1) я обычно кончаю есть первым	
2) я ем немного быстрее других	
3) я ем с такой же скоростью, как и большинство людей	
4) я ем медленнее, чем большинство людей	
8. Ваша жена (муж) или друзья когда-либо говорили вам, что вы едите чересчур быстро?	
1) да, часто	
2) да, раз или два	
3) нет, мне никто никогда этого не говорил	
9. Как часто вы делаете несколько дел одновременно, например, работаете и едите?	
1) я делаю несколько дел одновременно всякий раз, когда это возможно	
2) я делаю это только тогда, когда не хватает времени	
3) я делаю это редко или никогда	
10. Когда вы слушаете кого-либо и этот человек слишком долго не может закончить свою мысль, вы чувствуете желание его подогнать?	
1) часто	
2) иногда	
3) почти никогда	
11. Как часто вы действительно «заканчиваете» мысль медленно говорящего, чтобы ускорить разговор?	
1) часто	
2) иногда	
3) почти никогда	
12. Как часто ваши близкие или друзья замечают, что вы невнимательны, если вам говорят о чем-то слишком подробно?	
1) раз в неделю или чаще	
2) несколько раз в месяц	
3) почти никогда	
4) никогда	
13. Если вы говорите своей жене (мужу) или другу, что приедете в определенное время, то как часто вы опаздываете?	
1) иногда	
2) почти никогда	

3) никогда	
4) я абсолютно никогда не опаздываю	
14. Бывает ли, что вы торопитесь к месту назначения, хотя времени еще вполне достаточно?	
1) часто	
2) иногда	
3) редко или никогда	
15. Предположим, что вы должны с кем-то встретиться в условленное время, например на улице, в вестибюле ресторана, на почте и т.п., и этот человек опаздывает уже на 10 минут. Вы:	
1) сядете и подождете	
2) будете прохаживаться в ожидании	
3) как правило, у вас книга или газета, чтобы было чем заниматься в ожидании	
16. Если вам приходится стоять в очереди, например в столовой, в магазине и т.п., то вы:	
1) спокойно ждете своей очереди	
2) испытываете нетерпение, но не показываете этого	
3) чувствуете такое нетерпение, что это замечают окружающие	
4) отказываетесь стоять в очереди и пытаетесь найти способ избежать потери времени	
17. Если вы играете в игру, в которой есть элемент соревнования (например, в шахматы, в домино, в волейбол и т.п.), то вы:	
1) напрягаете все силы для победы	
2) стараетесь выиграть, но не слишком усердно	
3) получаю от этого удовольствие, так как это меня подбадривает	
18. Представьте, что вы и ваши друзья (или сотрудники) начинаете новую работу. Что вы думаете о соревновании в этой работе?	
1) предпочитаю избегать этого	
2) принимаю, так как это неизбежно	
3) получаю от этого удовольствие, так как это меня подбадривает	
19. Когда вы были моложе, большинство людей считало, что вы:	
1) часто стараетесь (и по-настоящему хотите) быть во всем первым и лучшим	
2) иногда стараетесь, и вам нравится быть во всем первым и лучшим	
3) обычно вам хорошо так, как есть (обычно вы расслаблены)	
4) вы всегда расслаблены и не соревнуетесь	
20. Каким, по вашему мнению, вы являетесь в настоящее время?	
1) часто стараетесь (и по-настоящему хотите) быть во всем первым и лучшим	
2) иногда стараетесь, и вам нравится быть во всем первым и лучшим	

3) обычно вам хорошо так, как есть (обычно вы расслаблены)	
4) вы всегда расслаблены и не соревнуетесь	
21. По мнению вашей жены (мужа) или близкого друга, вы:	
1) часто стараетесь (и по-настоящему хотите) быть во всем первым и лучшим	
2) иногда стараетесь, и вам нравится быть во всем первым и лучшим	
3) обычно вам хорошо так, как есть (обычно вы расслаблены)	
4) вы всегда расслаблены и не соревнуетесь	
22. Как оценивают ваши близкие вашу общую активность (вообще)?	
1) слишком медленный, надо быть активнее	
2) около среднего, всегда чем-то занят	
3) слишком активный, надо придерживать	
23. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вы относитесь к своей работе слишком серьезно?	
1) да, абсолютно	
2) да, возможно	
3) возможно, нет	
4) абсолютно нет	
24. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вы менее энергичны, чем большинство людей?	
1) да, абсолютно	
2) да, возможно	
3) возможно, нет	
4) абсолютно нет	
25. Согласились бы хорошо знающие вас люди с тем, что за короткое время вы способны сделать много работы?	
1) да, абсолютно	
2) да, возможно	
3) возможно, нет	
4) абсолютно нет	
26. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вы быстро сердитесь (раздражаетесь)?	
1) абсолютно да	
2) да, возможно	
3) возможно, нет	
4) абсолютно нет	
27. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вы живете мирной и спокойной жизнью?	
1) абсолютно да	
2) да, возможно	

3) возможно, нет	
4) абсолютно нет.	
28. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вы большинство дел делаете в спешке?	
1) абсолютно да	
2) да, возможно	
3) возможно, нет	
4) абсолютно нет	
29. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вас радует соревнование (состязание) и вы очень стараетесь выиграть?	
1) абсолютно да	
2) возможно, да	
3) возможно, нет	
4) абсолютно нет	
30. Какой характер был у вас, когда вы были моложе?	
1) вспыльчивый и с трудом поддающийся контролю	
2) вспыльчивый, но поддающийся контролю	
3) вполне уравновешенный (не было проблем)	
4) почти никогда не сержусь (не выхожу из себя)	
31. Каков ваш характер сегодня?	
1) вспыльчивый и с трудом поддающийся контролю	
2) вспыльчивый, но поддающийся контролю	
3) вполне уравновешенный (не было проблем)	
4) почти никогда не сержусь (не выхожу из себя)	
32. Когда вы погружены в работу и кто-либо (не начальник) прерывает вас, что вы обычно чувствуете при этом?	
1) я чувствую себя хорошо, потому что после неожиданного перерыва работается лучше	
2) я чувствую лишь легкую досаду	
3) я чувствую раздражение, потому что большинство таких перерывов излишне	
33. Если повторяющиеся прерывания действительно вас разозлили, вы:	
1) ответите резко	
2) ответите в спокойной форме	
3) попытаетесь сделать что-то, чтобы предотвратить прерывания	
4) попытаетесь найти более спокойное место, если это возможно	
34. Как часто вы выполняете работу, которую должны закончить к определенному сроку?	
1) ежедневно или чаще	
2) еженедельно	
3) ежемесячно	

35. Работа, которую вы должны закончить к определенному сроку, как правило:	
1) не вызывает напряжения, потому что она привычна, однообразна	
2) вызывает сильное напряжение, потому что срыв срока может повлиять на работу целой группы людей	
36. Вы сами себе определяете сроки выполнения на работе и дома?	
1) нет	
2) да, но только изредка	
3) да, раз в неделю или чаще	
37. Качество работы, которую вы выполняете к концу назначенного срока, бывает:	
1) лучше	
2) обычное	
3) хуже	
38. Бывает ли, что вы на работе одновременно выполняете два задания, делая то одно, то другое?	
1) нет, никогда	
2) да, но только в исключительных случаях	
3) да, регулярно	
39. Были бы вы довольны, если останетесь на нынешней должности следующие пять лет?	
1) да	
2) нет, я хотел бы продвинуться	
3) конечно, нет, я делаю все для того, чтобы меня повысили, и буду очень расстроен, если этого не случится	
40. Если бы вам пришлось выбрать, то что бы вы выбрали?	
1) небольшую прибавку к заработной плате без продвижения в должности	
2) продвижение в должности без повышения зарплаты	
41. К концу отпуска вы:	
1) хотите продлить его еще на недельку	
2) чувствуете, что готовы вернуться к обычной работе	
3) вам хочется, чтобы отпуск кончился и вы могли вернуться к работе	
42. Бывало так, что за последние три года вы брали меньше отпуска, чем положено?	
1) да	
2) нет	
3) на моей работе это невозможно	
43. Бывает ли, что во время отпуска вы не можете перестать думать о работе?	
1) да, часто	
2) да, иногда	
3) нет, никогда	

44. В последние три года вы получали письменную благодарность, персональную премию и т.п.?	
1) нет, никогда	
2) иногда	
3) да, часто	
45. Как часто вы приносите работу домой или изучаете дома материалы, связанные с работой?	
1) редко или никогда	
2) раз в неделю или чаще	
3) чаще, чем раз в неделю	
46. Как часто вы остаетесь на своей работе после того, как работа закончена, или приходите в неурочное время на работу?	
1) на моей работе это невозможно	
2) редко или никогда	
3) иногда (реже, чем раз в неделю)	
4) раз в неделю или чаще	
47. Вы обычно остаетесь дома, если у вас озноб или повышенная температура?	
1) да	
2) нет	
48. Если вы чувствуете, что начинаете уставать от работы, то вы:	
1) некоторое время работаете медленно, пока силы не вернуться к вам	
2) продолжаете работать в прежнем темпе, несмотря на усталость	
49. Когда вы находитесь в группе, другие ожидают от вас, что вы будете руководить?	
1) редко	
2) не чаще, чем от других	
3) чаще, чем от других	
50. Вы записываете расписание для памяти, что нужно делать?	
1) никогда	
2) иногда	
3) часто	
51. Если кто-то поступает в отношении вас нечестно, вы:	
1) прямо указываете ему на это	
2) испытываете некоторую нерешительность относительно того, стоит ли говорить об этом	
3) ничего не говорите об этом	
52. Сравнительно с другими, выполняющими такую же работу, что и вы, вы прилагаете:	
1) гораздо больше усилий	
2) несколько больше усилий	

3) примерно столько же усилий	
4) немного меньше усилий	
53. Сравнительно с другими, выполняющими такую же работу, что и вы, в смысле ответственности вы чувствуете:	
1) значительно большую ответственность	
2) несколько большую ответственность	
3) примерно такую же ответственность	
4) несколько меньшую ответственность	
5) значительно меньшую ответственность	
54. Сравнительно с другими, выполняющими такую же работу, что и вы, вы чувствуете необходимость торопиться:	
1) гораздо больше	
2) незначительно больше	
3) столько же	
4) несколько меньше	
5) гораздо меньше	
55. Сравнительно с другими, выполняющими такую же работу, что и вы, в отношении пунктуальности:	
1) вы значительно более пунктуальны	
2) несколько более пунктуальны	
3) примерно так же	
4) незначительно менее аккуратны	
5) значительно менее аккуратны	
56. Сравнительно с другими, выполняющими такую же работу, что и вы, ваше отношение к жизни:	
1) гораздо более серьезное	
2) несколько более серьезное	
3) такое же	
4) несколько менее серьезное	
5) значительно менее серьезное	
57. В сравнении с работой, которую вы выполняли 10 лет назад, сейчас вы:	
1) больше часов работаете в течение недели	
2) столько же часов работаете в течение недели	
3) меньше часов работаете в течение недели	
4) трудно сказать	
58. Сравнительно с работой, которую вы выполняли 10 лет назад, нынешняя работа:	
1) требует меньше ответственности	
2) требует столько же ответственности	

3) требует большей ответственности	
4) трудно сказать	
59. Сравнительно с работой, которую вы выполняли 10 лет назад:	
1) нынешняя работа пользуется большим престижем	
2) нынешняя работа пользуется таким же престижем	
3) нынешняя работа пользуется меньшим престижем	
4) трудно сказать	
60. Сколько разных работ (должностей) вы сменили за последние 10 лет? (Укажите пожалуйста, любые изменения в характере работы или же в месте работы и т.п.).	
1) не менял или менял одну	
2) две	
3) три	
4) четыре	
5) пять или больше	
61. За последние 10 лет вы ограничили число своих развлечений из-за недостатка времени?	
1) да	
2) нет	

Ключ к опроснику Дженкинса

Номера вопросов	Оценка варианта ответа в баллах
35, 40, 47, 48	1 — 13 2 — 1
6, 61	1 — 1 2 — 13
1, 2, 15, 18, 22, 32, 36, 38, 39, 41, 44, 45, 49, 50	1 — 13 2 — 7 3 — 1
3, 5, 8, 9, 10, 11, 14, 17, 34, 37, 42, 43, 51	1 — 1 2 — 7 3 — 13
13, 16, 24, 27, 46	1 — 13 2 — 9 3 — 5 4 — 1
7, 12, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 33	1 — 1 2 — 5 3 — 9 4 — 13

60	1 — 13 2 — 10 3 — 7 4 — 4 5 — 1
4, 52, 53, 54, 55, 56	1 — 1 2 — 4 3 — 7 4 — 10 5 — 13

В итоговую оценку не рекомендуется включать вопросы 57, 58, 59, так как они имеют неопределенный вариант ответа.

Интерпретация: Диагностическое суждение о выраженности поведения типа А принимается на основе итоговой балльной оценки опросника:

- до 335 баллов — тип А;
- от 336 до 459 баллов — тип АБ;
- от 460 баллов и выше — тип Б.

Тема 4

Вопросы частной психосоматики

1. Психосоматические аспекты язвенной болезни. 2. Психосоматические аспекты атопического дерматита. 3. Психосоматические аспекты бронхиальной астмы. 4. Психосоматические аспекты сахарного диабета. 5. Психосоматические аспекты неврогенной анорексии.

Психосоматические аспекты язвенной болезни

Клиническая картина: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — хроническое заболевание, при котором в результате нарушений нервных и гуморальных механизмов, регулирующих секреторно-трофические процессы в гастродуоденальной зоне, в желудке или двенадцатиперстной кишке образуется язва.

Роль стресса

При стрессе, приводящем к срыву, возникают функциональные расстройства секреции желудка, и через 1–2 мес появляются органические повреждения в виде хронических, долго не заживающих язв (И.П. Павлов).

В качестве стрессора при язве обычно выступают длительные отрицательные эмоции (депрессия, тревога, неудовлетворенность собой). Агрессивность (особенно неотрагированная), гнев, негодование, обида приводят к гиперфункции желудка (М.В. Коркина, А.Е. Личко).

Картина личности: постоянное стремление в опеке, заботе от другого человека, но сам при этом должен быть сильным и самостоятельным (внутренний конфликт, симптомы — способ его решения) (Ф. Александер). При этом преобладает влияние парасимпатического отдела нервной системы: уход от активности.

Типичные конфликты: желание остаться в зависимой инфантильной ситуации — быть любимым и получать заботу — входит в конфликт со стремлением взрослого к независимости, совер-

шенству и самодостаточности (Ф. Александер, 2002). У ребенка желание быть любимым и желание быть накормленным очень глубоко связаны. Когда в более зрелом возрасте желание получить помощь от другого вызывает стыд или застенчивость, это проявляется в повышенном поглощении пищи. Такая тяга стимулирует секрецию желудка, а хроническое повышение секреции может привести к образованию язвы. Внутренний конфликт «взять-отдать» — борьба между двумя противоположными стремлениями (зависимости и боязни открыто демонстрировать эту зависимость).

Поскольку желудок и двенадцатиперстная кишка являются органами пищеварения, часто язвенная болезнь развивается, когда человек не может что-либо «переварить» (перегрузка психотравмирующей информацией).

Психосоматические аспекты атопического дерматита

В грудном возрасте рассматривается как выражение нарушений взаимоотношений с матерью. Spitz (1967) считает, что у матерей наблюдается «инфантильная структура личности, проявляющаяся враждебностью, замаскированной под боязливость: мать неохотно дотрагивается до ребенка и ухаживает за ним», при этом она оправдывается тем, что не хочет нанести вред нежному и хрупкому существу (под маской заботы скрывается враждебность). Характерно двусмысленное поведение матери, проявляющееся в несоответствии внутренних установок и действий по отношению к ребенку. У детей наблюдается врожденная предрасположенность к повышенным кожным реакциям. Часто заболевание спонтанно прекращается на 2-м году жизни, что может быть связано с повышением активности ребенка и его освобождением от тотальной зависимости от матери.

При заболевании atopическим дерматитом в подростковом и взрослом возрасте описаны следующие *особенности личности*: выраженная пассивность и трудность самоотвержения. Появление заболевания часто связано с конфликтом в партнерских отношениях. При этом в зависимости от сферы распространения экземы различают две группы больных:

1) при скрытом нарушении партнерских отношений локализация кожных поражений в области суставов, лица и головы;

2) при явном напряжении в партнерских отношениях распространение очагов в области грудной клетки, бедер, плеч.

В исследованиях А.Н. Львова (2001) показано, что у 44 % больных психогенные факторы вызвали начало заболевания, в 81,3% — привели к обострению процесса. Среди травматичных ситуаций, наиболее часто приводящих к кожной патологии, встречаются:

- необратимые утраты, «удары судьбы»: смерть или внезапная инвалидизация близких (33,9 %), длительное заболевание близких, требующее ухода за ними (42,2 %);

- «ключевые переживания»: неудачи в общественной жизни или на работе (уменьшение доходов, увольнение) — 47,7 %; внутрисемейные и межличностные конфликты, приводящие к разводам, смене места жительства (58,7 %).

Психосоматические аспекты бронхиальной астмы

Клиническая картина: выраженный патологический вегетативный компонент, преобладает тонус парасимпатического отдела ВНС, что способствует возникновению респираторных нарушений. Медиатор аллергической реакции — гистамин.

На уровне высших вегетативных центров отмечается дисфункция, проявляющаяся дисгормональными, дисметаболическими и респираторными расстройствами. Респираторные нарушения — это хроническая гипервентиляция. Вегетосоматическая патология формируется еще в младенческом возрасте за счет перинатального повреждения нервной системы.

Единый психовегетативный синдром: изменения вегетативной регуляции и психологические нарушения.

Бронхиальная астма — заболевание дыхательных путей, сопровождаемое отеком слизистых оболочек, бронхоспазмом и нарушением секреции; гетерогенное заболевание с хроническим течением.

Симптомы: приступы удушья, одышка, свистящие хрипы, кашель.

Причины:

- аллергический фон;
- инфекция бронхиальных путей;
- наследственная предрасположенность;
- психогении (стресс, тревога, депрессия, алекситимия, подавленная агрессия).

Психологические факторы являются одним из компонентов сложного патогенетического комплекса, который определяет развитие бронхиальной астмы. Ф. Александер включил бронхиальную астму в число семи основных психосоматических заболеваний.

Роль стрессовых факторов:

1. Начало и ухудшение заболевания часто возникают после стресса. Не сами по себе жизненные события, а активное избегание их обсуждения, подавление чувств служит факторами ухудшения.

2. При наличии аллергической природы зависимость между инициирующим приступ аллергеном и условиями, в которых это воздействие происходит, может закрепляться по условно-рефлекторному механизму (даже мысленное воспроизведение условий способно вызвать астматический приступ, также мысль о забытом дома ингаляторе является фактором, способным запустить приступ удушья).

Картина личности:

- Ранние нарушения отношений с матерью: противоречие между желанием нежности и страхом перед нежностью (deBoog, 1965). Астма — плач ребенка по нежности. Могут быть истерические черты, неспособность выпустить наружу гнев из-за того, что не дают нежности.

- Боязливость с истерическими или ипохондрическими чертами (сами больные страх не осознают).

- Braeutigam (1969) пишет: «при астматической одышке одновременно с воздухом могут задерживаться и эмоции». Характерное для этой группы больных сочетание скрытого гнева, «застревания» на отрицательных эмоциях с чувством симбиотичности, потребности быть вовлеченным в проблемы других людей и вовлекать их в свои проблемы препятствует не только проявлению, но и в значительной степени осознанию агрессивных тен-

денций. Помимо этого, отмечается сочетание склонности рассматривать ситуацию как неудовлетворительную, внутреннего неприятия социальных норм с тревожными психастеническими чертами, обуславливающими высокий уровень социального стандарта и потребность в нормативном поведении. Возникающий в результате такой дисгармоничности интрапсихический конфликт еще более усиливает тревогу, которая в значительной мере соматизируется и сопровождается усилением выраженности ее физиологических коррелятов.

Тревога детей по поводу своего заболевания в большинстве случаев находит отражение в тревогах родителей: между матерью и ее больным ребенком складываются отношения, при которых исключаются из контакта отец и другие дети.

Не только мать и ее взаимодействие с ребенком, но и семья как целое выступают в роли важнейшего фактора психосоматического развития ребенка. В литературе утвердилось понятие «психосоматическая семья» (автор — Минухин) — семья как носитель психосоматического симптома.

Дети, больные БА, с трудом вступают в контакт с другими детьми, их общительность во многом зависит от настроения. Это особенно чувствительные личности, тревожные, мнительные, с развитым чувством ответственности, сострадания и сопереживания, как правило, имеющие заниженную самооценку и частые вегетативные расстройства.

Психосоматические аспекты сахарного диабета

У детей заболевание протекает значительно тяжелее, чем у взрослых. Пик: ранний пубертатный период, часто отмечается латентное течение, клинические проявления при полном истощении функциональных возможностей поджелудочной железы.

Симптомы:

- Диабет 1-го типа: чрезмерная жажда, частое мочеиспускание, потеря веса, утомляемость, снижение концентрации внимания, затуманенное зрение, зуд или сухость кожи, рвота.

- Диабет 2-го типа: учащенное мочевыделение, усиленная жажда, повышенная утомляемость, потеря веса, тошнота, частые инфекции, медленное заживление ран и нагноения, нечеткое зрение.

Типы психосоматических нарушений при сахарном диабете:

1) психосоматические заболевания органов и психофизиологические нарушения — органические изменения в организме. В основе лежат как психические, так и генетические, соматические, социальные причины (часто СД 1-го типа);

2) нарушения поведения с соматическими последствиями (часто СД 2-го типа).

Картина личности:

1. Сильное желание заботы о себе и активный поиск зависимости от других больных СД, большая чувствительность к отказам в удовлетворении оральных желаний (Alexander, 1950).

2. Чувство незащищенности и эмоциональной заброшенности (Groen, Loos, 1973).

3. Неуверенность вследствие знания о нарушенной регуляции организма, организация всей жизни вокруг своего страдания.

4. Для взрослых с СД 2-го типа характерна тенденция к соматизированной депрессии, для больных юношеским диабетом — шизоидные черты в сочетании с частым отрицанием и избирательным восприятием проблем (Bleuler, 1975).

5. Амбивалентные тенденции тревоги, беспокойства, страха — с одной стороны, стремление к покою и защищенности — с другой (Reindelletal, 1976).

Rudolf (1970) обобщил литературные данные:

1. Конфликты и «неоральные» потребности удовлетворяются с помощью еды, в результате чего может возникнуть переедание и ожирение, длительная гипергликемия и истощение инсулярного аппарата.

2. Вследствие приравнивания еды и любви друг к другу при недостатке любви возникает эмоциональное переживание состояния голода и независимо от поступления пищи «голодный» обмен веществ.

3. Сохраняющийся в течение всей жизни страх ведет к постоянной готовности к борьбе или бегству с сопутствующей гипергликемией без сброса психофизического напряжения. На почве хронической гипергликемии может развиваться СД.

Общие характеристики детей: повышенный уровень тревожности и тревожность в семейной ситуации, интропунитивные реакции на фрустрацию. Личностные особенности матерей: высокий

уровень невротизации, низкий копинг, ориентированный на избегание, наличие большого числа отклонений воспитательной практики и личностных проблем, решаемых за счет воспитания ребенка.

Психосоматические аспекты неврогенной анорексии

Неврогенная анорексия — синдром, относящийся к так называемой неспецифической патологии пубертатного и юношеского возраста.

Клиническая картина: нарушение приема пищи, характеризующееся полным или частичным отказом от еды с целью снижения массы тела.

Нервная анорексия представляет собой сознательный отказ от пищи, чаще с целью коррекции внешности, в связи с убежденностью в чрезмерной полноте. Это приводит к развитию тяжелых вторичных соматоэндокринных сдвигов, значительному похуданию нередко вплоть до кахексии и наступлению аменореи как одного из основных клинических проявлений, развивающихся при хронической пищевой недостаточности.

Большинство больных скрывают основное нарушение поведения, направленное на потерю массы тела. Больные с анорексией обычно отказываются есть со своей семьей или в общественном месте.

Диагностические критерии неврогенной анорексии в рамках DSM-IV:

1. Отказ поддерживать массу тела на уровне минимальной нормы для данного возраста и роста. Например, больной теряет на 15 % больше, чем минимальная масса тела. Невозможность добиться ожидаемой прибавки в весе во время периода роста, что приводит к снижению массы тела на 15 % по сравнению с ожидаемой прибавкой.

2. Непреодолимый страх перед увеличением массы тела и полнотой, даже если имеет место истощение. Нарушение ощущения своего тела, его массы, размеров или формы. Например, больной заявляет, что «чувствует себя жирным» даже в состоянии истощения, полагает, что какое-то место тела «слишком жирное», несмотря на очевидную слишком малую массу.

3. У женщин отсутствие по меньшей мере трех последовательных менструальных циклов (первичная или вторичная аменорея). Критерий аменореи: менструация наступает только под действием вводимого гормона, например эстрогена.

Облигатные диагностические признаки неврогенной анорексии в рамках МКБ-10:

1. Вес тела сохраняется на уровне как минимум на 15 % ниже ожидаемого (более высокий уровень был снижен или так и не был достигнут) или индекс массы тела Кветелета составляет 17,5 или ниже (этот индекс определяется соотношением веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах). В препубертатном возрасте может обнаружиться неспособность набирать вес в период роста.

2. Потеря веса достигается самим пациентом за счет избегания пищи, которая «полнит», и одного или более приемов из числа следующих: вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит, и/или диуретиков.

3. Искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой ужас перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой сверхценной идеи, и больной считает допустимым для себя лишь низкий вес.

4. Общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус-гипофиз-половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции. Очевидным исключением является сохранение вагинальных кровотечений у аноректических женщин, находящихся на заместительной гормональной терапии, чаще всего принимаемой с контрацептивной целью. Могут быть повышенными уровни гормона роста и кортизола, изменения периферического метаболизма тиреоидного гормона и аномалии секреции инсулина.

5. Проявления пубертатного периода задерживаются или совсем не наблюдаются (прекращается рост, у девочек не развиваются молочные железы и имеет место первичная аменорея, а у мальчиков задерживается рост половых органов). При выздоровлении пубертатный период часто завершается нормально, но у девушек поздно наступает первая менструация.

Тестовые вопросы для самоконтроля

1. К психосоматическим поражениям кожи относятся следующие заболевания:
 - А) атопический дерматит;
 - Б) грибковое поражение кожи;
 - В) стригучий лишай;
 - Г) ветряная оспа.
2. Причина развития кожных поражений у ребенка с точки зрения психодинамического подхода:
 - А) эмоционально теплая мать;
 - Б) отсутствие тактильного контакта с матерью;
 - В) жесткое приучение к опрятности;
 - Г) непережитый эдипальный конфликт.
3. В основе лечения сахарного диабета эндокринологи используют методы поведенческой терапии в рамках проведения:
 - А) групповых тренингов;
 - Б) тренингов уверенности в себе;
 - В) аутотренинга;
 - Г) школы для больных;
4. Расстройство, при котором основными особенностями являются стойкий активный отказ от приема пищи и значительная потеря массы тела в результате дисморфофобии:
 - А) депрессивный эпизод;
 - Б) кахексия;
 - В) неврогенная анорексия.
5. Постоянное стремление в опеке, заботе от другого человека, при долженствовании быть сильным и самостоятельным характерно для:
 - А) нейродермита;
 - Б) гипотиреоза;
 - В) истерического невроза;
 - Г) язвенной болезни.

6. Установите соответствие заболевания классу психосоматических расстройств

- | | |
|--|---------------------------|
| 1) психосоматические функциональные нарушения; | А) переедание; |
| 2) истинные психосоматические заболевания; | Б) конверсионные неврозы; |
| 3) нарушения поведения с психосоматическими последствиями; | В) атопический дерматит. |

7. По Бройтигаму, при астматической одышке одновременно с воздухом могут задерживаться и эмоции:

- А) стыда;
- Б) вины;
- В) гнева;
- Г) радости;
- Д) тревоги.

8. Симптом символического выражения крика младенца, по Ф. Александру:

- А) комок в горле;
- Б) плаксивость при неврастении;
- В) хронический ринит;
- Г) приступ удушья при астме.

9. Обучение пациентов с бронхиальной астмой в «астма-школах» — вариант терапии:

- А) психодинамической;
- Б) когнитивной;
- В) поведенческой;
- Г) гипносуггестивной.

10. Установите соответствие заболевания классу психосоматических расстройств:

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1) психосоматические функциональные нарушения; | А) неврогенная анорексия; |
| 2) истинные психосоматические заболевания; | Б) соматоформные расстройства; |

3) нарушения поведения с психо- В) язвенная болезнь.
соматическими последствиями;

Список литературы по теме

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение / пер. с англ. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. — 333 с.

2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: краткий учебник / пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; предисл. В.Г. Остроглазова. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 376 с.

3. Кулаков С.А. Основы психосоматики. — СПб.: Речь, 2003. — 288 с.

Тема 5

Частные аспекты психосоматики. Психоонкология. Психокardiология. Причины и реакции на заболевание

*1. Психоонкология как наука. Определение, цели и задачи.
2. Психологические реакции на заболевание у онкологических больных. Аспекты психологической помощи. 3. Риск и профилактика суицидального поведения у онкобольных.
4. Психокardiология. Психологические факторы риска острого инфаркта миокарда (роль стресса, личностных особенностей). 5. Психологические реакции на развитие острого инфаркта миокарда: догоспитальный, госпитальный, послегоспитальный этапы.*

Психоонкология как наука. Определение, цели и задачи

Психоонкология — подраздел онкологии, использующий область знаний из психологии.

Цели психоонкологии:

1. Изучение психологических реакций пациентов с раком и их семей на всех стадиях заболевания и изучение стресса персонала.

2. Изучение психологических, социальных и поведенческих факторов, объясняющих появление рака и излечение от него.

Задачи психоонкологии:

1. Исследование поведения с целью изменения образа жизни и снижения риска заболевания.

2. Изучение поведения с целью обучения людей навыкам раннего выявления заболевания.

3. Изучение вопросов, связанных с генетическим риском.

4. Контроль симптомов в период обследования и активного лечения (тревога, депрессия, боль, утомление).

5. Психологические аспекты паллиативной помощи в последние дни жизни.

6. Психологическая работа с людьми, пережившими рак (изучение копинг-стратегий, работа с посттравматическим стрессовым синдромом и расстройствами приспособления).

7. Развитие консультационно-контактной психиатрии.

Психологические реакции на заболевание у онкологических больных. Аспекты психологической помощи

Психологические реакции у онкологических больных по своей природе психогенны, а не обусловлены онкологическим процессом.

Психологические реакции для больных с неблагоприятным прогнозом (по Э. Кюблер-Росс, 1974):

- нежелание знать и изоляция (больной отказывается принять болезнь);

- гнев и отвергание;
- переговоры (просьбы, прежде всего к врачам);
- депрессия;
- примирение с судьбой, согласие «в мире и достоинстве».

В.Д. Менделевич подразделяет все психологические реакции на адаптивные и дезадаптивные. Дезадаптивные встречаются в 85 % случаев, их основная черта — неприятие болезни, сопротивление. Сюда входят самые разнообразные реакции — депрессивные, тревожные, ипохондрические и т.д. Адаптивные — 15 % случаев. Характеризуются безоговорочным принятием диагноза и борьбой за жизнь. В динамике адаптивных реакций четыре фазы (на примере больных с раком молочной железы).

1-я фаза — фаза шока. Этот этап постановки и уточнения диагноза большинство онкологов считают самым травматичным для психики больных. 98 % больных испытывают в этот период отчаяние, обиду, страх. Об этом говорит поведение пациентов.

- начало — с момента сообщения о подозрении на заболевание;
- длительность — от нескольких дней до 1–2 мес;
- субъективно — самая тяжелая фаза;
- угроза раннего суицида и отказ от лечения.

Поведение окружающих, вызывающее усугубление реакции шока, заключается в следующем:

1. Выдача заключений в запечатанном конверте.

2. Двойная диагностическая ориентация больного (врач поликлиники говорит о «полипозе», а в стационаре больному сказали, что он будет лечиться по поводу «язвы»).

3. Ложь хирурга, если после операции он заявляет пациенту, что «все в порядке», «ничего нет страшного» вместо того, чтобы подтвердить, что была опасность, и закрепить выработанную ранее ориентацию больного.

4. Неправильная информация об абсолютной инкурабельности заболевания.

5. Недостаточная информация о прогнозе и возможностях лечения болезни.

6. Эргогенности (отрицательное влияние соседей по палате, особенно смерть соседей).

7. Деонтологические ошибки персонала.

Причины отказа от лечения:

- страх перед заболеванием;
- страх перед лечением;
- общее хорошее самочувствие;
- неосведомленность о злокачественных новообразованиях;
- неверие врачу.

Психологические задачи:

- создание эмоционального контакта;
- формирование мотивации на лечение;
- помощь в принятии решения об операции;
- психологическая поддержка;
- информирование пациента о возможностях лечения;
- встреча с выжившими пациентами.

2-я фаза — фаза послеоперационной астении. Слабость, вялость, утомляемость, нарушение сна. Послеоперационные боли. Ее течение зависит во многом от локализации и проведенной операции.

- Продолжительность — от 2–3 мес до 5–10 мес.
- Слабость, утомляемость, нарушения сна, болевой синдром.

- Субъективно — гинекология, урология, удаление гортани (депрессивно-параноидный синдром).

- Необходимость социализации после операции.

Психологические задачи:

- создание (поддержание эмоционального контакта);
- создание психологических условий принятия помощи;
- обеспечение социальной поддержки;
- формирование мотивации на физическое восстановление.

3-я фаза — фаза депрессии. Эта стадия обязательна. Она возникает в период от 3–4 мес после операции и может длиться до 5 лет.

- Клиника: недоверие, безнадежность, тревога, раздражительность.

- Эпизоды депрессии (годовщинная реакция, даты очередных осмотров у онколога).

Психологические задачи:

- создание (поддержание) эмоционального контакта;
- предупреждение пациента о возможности депрессивного состояния;
- обеспечение социальной поддержки;
- формирование мотивации возвращения к труду.

4-я фаза — фаза выхода. В этой фазе, несмотря на то, что может сохраняться соматическое неблагополучие (недомогание, болевой синдром и пр.), пациенты вновь возвращаются к социальной активности по малоизученным пока причинам:

- повышение социальной активности;
- выход на работу (смена сферы деятельности);
- творчество (проза, стихи, картины, театр).

Психологические задачи: поддержание эмоционального контакта.

Риск и профилактика суицидального поведения у онкобольных

Опасение, что больной может намеренно уйти из жизни, является основным доводом для сокрытия диагноза. Многочисленные

исследования подтверждают, что риск самоубийств среди онкологических больных в 2 раза выше, чем в общей популяции. Особенность этих суицидов — они не бывают спонтанными, больные длительно обдумывают свои действия. 80 % больных перед суицидом посещают врача, косвенно или открыто заявляют о своих намерениях, дают понять окружающим и членам семьи, что самоубийство — единственный выход при сложившихся обстоятельствах.

Факторы, оказывающие влияние на суицидальное поведение больных

Факторами риска являются депрессия, плохой контроль боли, отсутствие социальной поддержки, алкоголизация.

Психопрофилактика суицида: обсуждение неудач в лечении; обсуждение возможности ухода из жизни; эмоциональная поддержка лечащего врача; духовная помощь (обращение к религии), так как эта среда резко отвергает и порицает суицид; семейная психотерапия, обеспечивающая эмоциональную поддержку родственников. Здесь надо помнить о пассивных формах суицида, выражающихся в отказе от лечения (чаще на ранних этапах болезни отказываются из-за неверия в необходимость лечения, так как чувствуют себя хорошо; на поздних — из-за боязни методов лечения, неверия в успех).

Психокardiология. Психологические факторы риска острого инфаркта миокарда (роль стресса, личностных особенностей)

Инфаркт миокарда — серьезное, угрожающее жизни заболевание, обусловленное гибелью части сердечной мышцы из-за прекращения кровотока по крупной артерии сердца.

Симптомы: интенсивные боли за грудиной, давящий и/или жгущий характер болей, затруднение дыхания (одышка), слабость, холодный пот, страх смерти.

Предпосылки заболевания (Master и соавт., 1941):

1. Синдром истощения — утомляемость, недостаток активности, головокружение, трудности концентрации внимания, расстройства сна, ощущение «возможно, я болеваю...».

2. Игнорирование плохого самочувствия — «это пустяк, не заслуживающий внимания...».

Предпосылки заболевания (Fisher и соавт., 1964):

1. За 2,5–3 года до острого инфаркта миокарда события, имеющие особое значение (смерть или болезнь близких, неудачи в работе, крушение планов);

2. За 1 год — соматические симптомы (тупые длительные боли в сердце, головокружения, головные боли, утомляемость, нарушение сна);

3. За 2–3 мес — повторный стресс, тревога, эмоциональные нагрузки.

Описаны «особые» стрессовые ситуации, связанные с развитием ИБС:

- 1) годовщинная реакция;
- 2) достижение возраста умершего родителя;
- 3) приближение к пограничной черте — день рождения, юбилей, возраст выхода на пенсию.

Роль социальных факторов

В период перестройки в России резко возросло число инфарктов. Необходимость прокормить семью приводила к работе на 3–4 и более рабочих местах.

Личностные факторы:

- Тип А:
- длительная борьба за достижение цели;
- потребность контролировать других;
- плохо оценивают течение времени (идет быстрее);
- работоголизм (неумение отдыхать);
- склонность к конкурентной борьбе;
- тревожность;
- враждебность (высокая интенсивность эмоций при воспоминании о неприятном событии);
- громкая речь;
- жестикуляция;
- быстрая походка;
- быстрый темп принятия пищи.

При типе поведения А повторный инфаркт встречается в 5 раз чаще, внезапная смерть — в 6 раз чаще, коронарный атеросклероз протекает вдвое тяжелее.

Психологические реакции на развитие острого инфаркта миокарда

Догоспитальный этап

1. Отрицание симптомов («это не может случиться со мной...»; «я слишком молод...»).

В основе лежит универсальная психологическая защита «отрицание», блокирующая тревогу.

2. Задержка обращения за медицинской помощью (при приписывании источника боли легким, желудку, позвоночнику — немедленное обращение; при приписывании источника боли сердцу — откладывание обращения на какое-то время).

Решение обратиться за помощью (трудность объективной оценки ситуации, необходимость помощи со стороны — например, вызов «скорой помощи»).

Госпитальный этап

Тревога (ранняя тревога): 1–3-й день (связь с актуальным состоянием «что со мной?»); 7–15-й день (проекция в будущее «насколько смогу работать?», «смогу ли справляться с физическими нагрузками?»)

Тревога связана с физиологическим ответом на сердечную катастрофу, а также с реакцией на помещение в реанимацию (незнакомая обстановка, человек полностью раздет, свидетель смерти других больных).

Способы снижения тревоги:

- 1) знакомство пациента с персоналом;
- 2) объяснение значения приборов;
- 3) объяснение смысла манипуляций.

Постгоспитальный этап:

1. Депрессия «вернувшихся домой».
2. Начало — 3–4-й месяц с момента ОИМ.
3. Продолжительность: 3–6 мес.

4. Клиника: ангедония, нарушение сна, утомляемость, снижение либидо, сниженное настроение.

5. Впервые происходит осознание конечности жизни (экзистенциальная проблема жизни и смерти).

6. Необходимость принятия «роли больного».

Пациент должен пересмотреть жизненные цели и расставить приоритеты с поправкой на болезнь, что характеризует завершение психологической адаптации к болезни

Тестовые вопросы для самоконтроля

1. Психоонкология — это раздел:

А) клинической психологии, занимающийся психологическими аспектами лечения и реабилитации онкологических больных;

Б) онкологии, использующий психологические знания для помощи онкологическим больным;

В) частной психосоматики, изучающий поведение больных онкологическими заболеваниями.

2. Цель психоонкологии:

А) изучение поведения больных для обучения их эффективным стратегиям совладания со стрессом, вызванным болезнью;

Б) реабилитация и восстановление трудоспособности онкологических больных;

В) изучение психологических, социальных и поведенческих факторов, объясняющих появление рака и излечение от него.

3. Первый этап развития психоонкологии характеризуется всем, кроме:

А) широких возможностей лучевой, химио- и радиотерапии;

Б) сохранения информации в тайне от пациента;

В) возможности излечения только на ранних этапах выявления заболевания.

4. Второй этап развития психоонкологии характеризуется всем, кроме:

А) информирования пациента о диагнозе;
Б) появления групп психологической помощи пациентами пациентов;

В) снятия запрета на обсуждение переживаний в период умирания.

5. Третий этап развития психоонкологии характеризуется всем, кроме:

А) возросших возможностей химио- и лучевой терапии;
Б) полной информированности пациента о диагнозе;
В) выхода трудов Элизабет Кублер-Росс «о смерти и умирании».

6. Наиболее травматичная в психологическом плане для онкобольных фаза:

А) депрессии;
Б) послеоперационной астении;
В) шока;
Г) выхода.

7. Наиболее угрожаемая фаза по ранним суицидам для онкобольных:

А) депрессии;
Б) послеоперационной астении;
В) выхода;
Г) шока.

8. Укажите порядок развертывания фаз психологических реакций при онкологическом заболевании:

А) депрессия, послеоперационная астения, шок, выход;
Б) послеоперационная астения, шок, депрессия, выход;
В) шок, послеоперационная астения, депрессия, выход.

9. Причинами отказа от лечения на фазе шока являются все, кроме:

А) наличия в семье родственников, погибших от рака;
Б) общего хорошего самочувствия;
В) сомнения в результатах лечения;

Г) отсутствия информации о возможностях лечения.

10. Особые стрессовые ситуации, связанные с острым инфарктом миокарда:

- А) развод;
- Б) конфликт с начальником;
- В) годовщинная реакция.

Список литературы по теме

1. Селезнев С.Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля (по материалам лекций для студентов медицинских и социальных вузов) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. — 2011. № 4. — URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 12.05.2022).

2. Фролова Ю.Г. Медицинская психология: учебник. — Минск: Высшая школа, 2016. — 431 с.

3. Шимовонян К.Т. Значение психологических знаний в практической медицине // Молодой ученый. — 2017. — № 13.2 (147.2). — С. 28–30. — URL: <https://moluch.ru/archive/147/42035/> (дата обращения: 12.05.2022).

|||||

Отличие от **расспроса**: нацелено не только на выявление жз

Формирование интереса к кинической психологии является

желаемому для психолога результату — выздоровлению и реабилитации пациента. В этом отношении практикующийся клинический расспрос, игнорирующий психотерапевтическую функцию, превращает врача или психолога в статиста, чью роль мог бы с успехом выполнять и компьютер.

Клиенты и пациенты зачастую не могут точно описать свое состояние и сформулировать жалобы и проблемы. Именно поэтому способность выслушать изложение проблем человека — это лишь часть интервью, вторая — способность тактично помочь ему сформулировать его проблему, дать ему понять истоки психологического дискомфорта — кристаллизовать проблему. «Речь дана человеку для того, чтобы лучше понимать себя», — писал Л. Выготский, и это понимание через вербализацию в процессе клинического интервью может считаться существенным и принципиальным.

Структура клинического интервью по Б.Д. Менделевичу состоит из следующих этапов:

1 этап. Установление «доверительной дистанции». Ситуативная поддержка, предоставление гарантий конфиденциальности, определение доминирующих мотивов проведения интервью («Я понимаю, не просто обратиться к психологу... Все, о чем Вы захотите поделиться со мной, останется между нами... Кто рекомендовал Вам обратиться: Ваши родственники, врач или это было Ваше желание?») — активная роль психолога.

2 этап. Выявление жалоб (пассивное и активное интервью), оценка внутренней картины — концепции болезни; структурирование проблемы. Используются методы активного слушания и элементы воздействия. Сбор психологического и медицинского анамнеза. Особенности психологического анамнеза является выявление отношения к себе как личности, отношение к болезни, влияния на личность пациента и его взаимоотношения.

3 этап. Оценка желаемого результата интервью и терапии; определение субъективной модели здоровья пациента и предпочтительного психического статуса. («От чего бы Вы хотели избавиться в первую очередь? Чем бы я Вам мог помочь?»). Нередко пациент приходит не за диагнозом, а за подтверждением собственного убеждения о своем психическом здоровье, при этом от-

казывается от лечения, так как просто важно быть выслушанным и понятым.

4 этап. Оценка антиципационных способностей пациента, обсуждение вероятных вариантов исхода заболевания (при его выявлении) и терапии; антиципационный тренинг — активная роль психолога.

Антиципационный тренинг направлен на додумывание пациентом самых негативных последствий его болезни и жизни (при фобии — страх смерти — что это такое — чем она страшна?).

Метод наблюдения

Метод наблюдения — это психологический исследовательский метод, заключающийся в целенаправленном и организованном восприятии, регистрации и описании поведения и психических явлений с целью их изучения в определенных условиях

Объект наблюдения — пациент, а *предмет наблюдения* — внешние экстериоризированные компоненты его поведения:

- моторные компоненты практических и гностических действий;
- движения, перемещения и неподвижные состояния людей (скорость и направление движения, соприкосновения, толчки, удары);
- совместные действия (группы людей) — поступки, деятельность;
- речевые акты (их содержание, направленность, частота, продолжительность, интенсивность, экспрессивность, особенности лексического, грамматического, фонетического строя) — высказывания, речь, словесные акты;
- мимика, жесты и пантомимика, экспрессия звуков;
- проявления некоторых вегетативных реакций (покраснение или побледнение кожи, изменение ритма дыхания, потоотделение).

Анализ невербальной коммуникации и метакоммуникаций при взаимодействии с больным

Первая беседа с врачом имеет не только диагностическое, но и психотерапевтическое значение. Больной должен увидеть вни-

мательное отношение к себе и искреннее желание помочь ему. Лучше, когда при такой беседе нет посторонних или родственников.

Важно выслушать и понять, что является наиболее важным для больного. В постановке вопросов избегать воздействий внушающего характера (суггестивные вопросы, требовательный тон голоса, игнорирование жалоб).

Невербальные способы

1. Визуальный контакт. Когда и почему пациент перестает смотреть в глаза (с учетом культуральных различий). Не сверлить взглядом, отвести взгляд при беседе с депрессивным больным, при обсуждении интимных вопросов.

2. Язык тела. Изменение наклона туловища, позы, использование определенных жестов.

3. Интонация и темп речи: громко или тихо — индикатор силы чувств; быстрая речь — гиперактивность, нервозность; замедленная речь — вялость, апатия, депрессия.

Построение речи и лингвистические аспекты: А. Айви, Р. Бендлер и Д. Гриндер в ходе беседы врача с пациентом предлагают оценивать лингвистические аспекты речи и особенности ее построения у пациента. Например, можно предположить, способен ли пациент приписывать себе ответственность за возникшую ситуацию («я рано начал курить», «я был невнимателен к своему здоровью») или же он склонен во многом винить обстоятельства или других людей («это все случилось само собой», «жена не напоминала мне про лекарства»). Также имеет смысл отслеживать речевую модальность пациента, к какому типу восприятия (визуал, аудиал, кинестетик, дискрет) он относится.

Визуалы — люди, воспринимающие большую часть информации с помощью зрения (используют при разговоре слова «видеть», «заметить», «мне кажется», «взгляните», «посмотрите» и др.). В беседе с такими пациентами эффективно чертить графики, схемы, видеоматериалы.

Аудиалы — те, кто в основном получает информацию через слуховой канал (используют в речи «слуховые» фразы «слышал», «не могу понять», «скажите», «мне послышалось», «послушайте

меня»). В разговоре с ними важно использовать спокойный темп речи, четко произносить информацию, акцентировать интонацией наиболее важные моменты.

Кинестетики — люди, воспринимающие большую часть информации через другие ощущения (обоняние, осязание и др.) и с помощью движений (часто употребляют слова с выраженным эмоциональным оттенком («взволнован», «мурашки по коже», «я восхищен»). На кинестетиков оказывает серьезное влияние комфорт. Любое неудобство провоцирует у них сильное раздражение. Такие люди любят разговоры, касающиеся чувств и ощущений. Для них важен эмоциональный контакт с собеседником.

Дискреты — у них восприятие информации происходит в основном через логическое осмысление, с помощью цифр, знаков, логических доводов. Это самый редко встречающийся тип восприятия. Дискрета сложнее выявить среди других людей только лишь по тому, какими словами он оперирует в процессе разговора. Для него одновременно характерны некоторые признаки визуала и аудиала. В беседе для дискрета важны конкретные данные и примеры, а не абстрактные формы.

Личность больного и эффективность контакта с ним

1. Больные-экстраверты — обращены во внешний мир, общительны, инициативны, импульсивны, в неприятностях чаще винят внешние обстоятельства, склонны к агрессии, гневу. Общение целесообразнее начинать с формирования эмоционального контакта, а затем — информационного.

2. Больные-интроверты — важен внутренний мир. Замкнуты, склонны к самоанализу, хуже адаптируются к изменениям. Для них нет мелочей в своем здоровье, любой вопрос должен быть разобран максимально подробно, иначе легко возникает тревога. Ответственность за события своей жизни чаще берут на себя. Темп мышления часто бывает медленным, что часто приводит врача в затруднение в условиях дефицита времени. Контакт труден, лучше начинать с информационного. Хорошее эмоциональное отношение к врачу формируется лишь при условии хорошего делового общения.

Навыки активного слушания

Поза: демонстрирует внимание — подбородок на руке, легкий наклон головы к больному. Встреча глаз — периодически. Нельзя «сверлить» больного глазами, но при информации об интимных вещах отводить глаза не следует, так как теряется контакт.

Безоценочное слушание — умение молчать, поддакивать, перефразировать сообщения. Главное — заинтересованность.

Методика активного слушания (по А. Айви)

Методика	Описание	Функции
Открытые вопросы	«Что?» — выявляет факты «Как?» — чувства «Почему» — причины «Можно ли?» — общую картину	Используются для выяснения основных фактов и облегчает разговор
Закрытые вопросы	Обычно включают в себя частицу «ли», ответ краткий («да», «нет»)	Дают возможность выявить особые факты, сокращают слишком длинные монологи
Поощрение (поддержка)	Повторение нескольких ключевых фраз пациента	Поощряет детальную разработку специфических слов и смысла
Отражение чувств	Обращает внимание на эмоциональное содержание	Проясняет эмоциональную подоплеку ключевых фактов, помогает открывать чувства
Пересказ	Повторение сущности слов клиента и его мыслей, используя его ключевые слова	Активизирует обсуждение, показывает уровень понимания
Резюме	В сжатой форме повторяет основные факты и чувства клиента	Полезно периодически во время интервью. Обязательно в конце встречи

Общие принципы коммуникации

Повышение значимости общения в современном мире требует умения общаться. Значит, общению нужно учить, общению нужно учиться, что предполагает необходимость глубокого знания этого явления, его закономерностей и особенностей, проявляющихся в деятельности людей.

Само общение как сложный социально-психологический процесс характеризуется тремя основными содержательными аспектами: коммуникативным, интерактивным и перцептивным. Каждый из них обладает относительной самостоятельностью и обеспечивает определенные цели субъектов общения:

- коммуникативный аспект отражает стремление партнеров по общению к обмену информацией;

- интерактивный аспект проявляется в необходимости соблюдения ими установленных норм общения, а также в стремлении их к активному воздействию друг на друга в определенном направлении;

- перцептивный аспект выражает потребность субъектов общения во взаимной эмпатии, сочувствовании, сопереживании.

Среди общих принципов, обеспечивающих успех коммуникации, важнейшими являются два, сформулированные американскими лингвистами второй половины XX в. в рамках теории речевых актов — это принцип кооперации и принцип вежливости.

Принцип кооперации указывает на необходимость собеседников относиться к общению как к сотрудничеству, вносить в него добросовестный вклад. Он заставляет нас задуматься не только над тем, что именно нам говорят, но и над тем, как и, главное, зачем нам это говорят, т.е. помогает разглядеть коммуникативную цель собеседника. Американский лингвист Г. Грайс, сформулировавший этот принцип, утверждал: «...От всякого, кто стремится к достижению конечных целей речевого общения/коммуникации (это может быть передача и получение информации, оказание влияния на других и подчинение себя чьему-то влиянию и т.п.), ожидается, что он заинтересован в этом общении; речевое общение, в свою очередь, может быть выгодно и полезно только при условии, что соблюдается принцип кооперации...».

Принцип кооперации состоит из нескольких правил, которые называются также «максимы Грайса»:

- правило количества (необходимо давать нужное количество информации);

- правило качества (разговор должен быть правдивым);

- правило релевантности (важно быть последовательным в беседе и говорить то, что имеет отношение к теме разговора);

- правило способа выражения (избегать двусмысленности и неопределенности).

Принцип вежливости включает следующие правила:

- правило такта (следует уважать границы личной сферы собеседника);

- правило одобрения (больше хвалите собеседника, будьте позитивны в своей оценке собеседника, других людей, мира; однако будьте и сдержанны в оценочных суждениях);

- правило согласия (выражайте согласие с собеседником, минимизируйте несогласие. Не стоит вставать в оппозицию к собеседнику без веских оснований, важно уметь отказаться от конфликта в пользу решения более серьезной задачи — сохранения коммуникации);

- правило симпатии (выражайте симпатию к собеседнику, минимизируйте антипатию).

Тестовые вопросы для самоконтроля

1. Для лучшего контакта с пациентом врачу необходимо:
 - А) постоянно смотреть в глаза пациенту;
 - Б) говорить как можно больше;
 - В) смотреть в глаза, периодически отводя взгляд;
 - Г) не смотреть на больного, чтобы не смущать его.
2. При использовании перефразирования следует:
 - А) как можно точнее повторить сказанное клиентом;
 - Б) своими словами повторить основную мысль клиента;
 - В) подвести итог части беседы;
 - Г) прежде всего ориентироваться на эмоции, а не на значение.
3. Не является невербальной коммуникацией:
 - А) интонация;
 - Б) жесты;
 - В) поза;
 - Г) интерпретация.

4. К вербальной коммуникации относятся:
- А) жесты;
 - Б) слова;
 - В) звуки;
 - Г) мимика.
5. Эффективная коммуникация с маленьким ребенком предполагает:
- А) не смотреть на ребенка, разговаривать с родителями;
 - Б) не важно, как реагирует ребенок, задача родителей обеспечить его настрой;
 - В) присесть на его уровень, рисуя, играя и разговаривая.
6. Приемы рефлексивного слушания:
- А) побуждение;
 - Б) поддакивание;
 - В) перефразирование;
 - Г) наводящие вопросы.
7. Приемы нерефлексивного слушания:
- А) повторение;
 - Б) уточнение;
 - В) поддакивание;
 - Г) признание ценности;
 - Д) резюмирование.
8. Установите правильную последовательность этапов клинического интервью по В.Д. Менделевичу:
- 1) установление «доверительной дистанции»;
 - 2) выявление жалоб, оценка внутренней картины болезни, структурирование проблемы;
 - 3) оценка желаемого результата интервью и терапии;
 - 4) оценка антиципационных способностей пациента, обсуждение вероятных вариантов исхода заболевания и терапии.

9. Установите соответствие:
- 1) открытые вопросы; А) позволяют собеседнику свободно высказаться;
 - 2) закрытые вопросы; Б) предполагают ответы «да» или «нет».
 - 3) зеркальные вопросы;
10. Установите соответствие:
- 1) нерелексивное слушание; А) эхо-реакция;
 - 2) релексивное слушание; Б) отражение чувств.
 - 3) эмпатическое слушание;

Список литературы по теме

1. Клиническая психология. Общая часть [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Г.С. Човдырова. — М., 2010. — 247 с.
2. Клиническая психология: учебник для студентов медицинских вузов / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. — М., 2010. — 880 с.
3. Клиническая и медицинская психология: учеб. пособие для студ. мед. вузов / В.Д. Менделевич. — М., 2008. — 432 с.
4. Основы психологических знаний [Электронный ресурс] / Г.В. Безродная, Т.А. Шпикс, Д.А. Севостьянов и др. — Новосибирск, 2010. — 180 с.

Тема 7

Эффективная коммуникация с больным.

Комплаенс

1. Комплаентность (определение). 2. Модели взаимоотношения врача и пациента. 3. Особенности вербальной и невербальной коммуникации, способствующие эффективному сбору информации и формированию комплаенса (жесты, мимика, социальная дистанция). 4. Типология пациентов. Приемы вербального эффективного взаимодействия в зависимости от типа пациентов.

Комплаентность (определение)

Комплаентность — это степень соответствия поведения больного рекомендациям, полученным от врача. COMPLAINT patient привержен к лечению, COMPLAINT patient — отказывается от лечения или нарушает режим приема лекарственной терапии.

Приверженность лечению (комплаенс) — один из ключевых элементов повышения эффективности терапии. Он характеризует выполнение пациентами врачебных рекомендаций по приему лекарственных препаратов, соблюдения диеты и других изменений образа жизни, соблюдения графика визитов к врачу. Принято считать, что при лечении с высоким уровнем комплаенса пациенты строго следуют рекомендациям врача более чем в 80 % случаев. При среднем уровне комплаенса пациенты следуют указаниям в 20–80 % случаев. При низком уровне комплаенса это происходит менее чем в 20 % случаев. В таких случаях пациенты необоснованно отказываются от лечения, что утяжеляет течение заболевания и ускоряет развитие его осложнений. Так, в США ежегодно регистрируется до 125 тыс. случаев коронарной смерти, которые можно было бы предотвратить при условии правильного соблюдения пациентами предписанных режимов лекарственной терапии.

Анализируя причины снижения приверженности больных лечению, можно выделить следующее:

- психологические особенности больного;

- психологические особенности врача;
- клинические особенности заболевания;
- особенности терапевтической программы;
- социально-экономические факторы;
- факторы, связанные с организацией медицинской помощи.

Основные причины невыполнения рекомендаций врачей в России сводятся к следующему:

- переключение на более экономичный препарат — 40 %;
- отсутствие контроля со стороны врача — 58 %.

Через 1 час после посещения врача 60 % пациентов не могут вспомнить и сказать, что конкретно им рекомендовал врач.

Причины отсутствия приверженности пациента к лечению могут заключаться в социально-демографических факторах, лекарственных препаратах, особенностях болезни и особенностях личности пациента, в 85 % случаев проблема заключается в отсутствии эффективной коммуникации «врач – пациент».

Модели взаимоотношения врача и пациента

Выделяют несколько базовых моделей взаимоотношений врача и пациента.

Паттерналистская (сакральная) модель. Врач воспринимается как волшебник. На нем, по представлению пациента, лежит полная ответственность за здоровье пациента. Оказывая помощь, врач должен руководствоваться принципом «не нанеси вреда». Пациент не несет никакой ответственности за свое здоровье.

Техническая модель. Врач и пациент находятся на равных уровнях взаимодействия. Врач исправляет неполадки в организме пациента. Одним из центральных аспектов модели является ответственность самого пациента за конечное принятие решения о своем лечении и исполнение рекомендаций врача. Модель наиболее эффективна в среднем возрасте. Общение строится по принципу информированности, без упреков и эмоций. Возможно распечатать рекомендации в двух экземплярах и подписать.

Коллегиальная модель. Врач и пациент — «коллеги», которые обсуждают процесс заболевания и процедуры лечения, они «коллеги» в борьбе с болезнью. При этой модели взаимоотноше-

ний врачу не рекомендуется задавать вопрос «Почему?». Эффективнее задавать развернутые вопросы («Что вам мешало выполнить мои рекомендации?», «Что вас беспокоит?»). Во время ожидания приема пациенту можно предложить заполнить анкету с дополнительными вопросами. Модель наиболее эффективна, если пациент по профессии врач.

Модель контрактного типа. Врач и пациент взаимодействуют на равных, заключают между собой устное соглашение. Врач в своих профессиональных действиях обязуется проявить эмпатию, пациент обязуется нести моральную ответственность за свои действия во время лечения. Если возникают сомнения в выполнении устного соглашения, то можно подписать импровизированный контракт.

Особенности вербальной и невербальной коммуникации, способствующие эффективному сбору информации и формированию комплаенса

Вербальная коммуникация — это один из трех способов обмена информацией между людьми, который начинается от рождения человека и длится всю его жизнь. В детстве ребенок выражает свои потребности, а во взрослом возрасте вербальная коммуникация необходима для решения бытовых и деловых задач.

Несмотря на то, что общение — неотъемлемая часть жизни, эффективность вербальной коммуникации далека от 100 %. Принято считать, что от задуманного объема информации можно высказать примерно 80 %, но еще часть будет потеряна «на другой стороне» — собеседник воспримет примерно 60–70 %. При этом если совершать ошибки в вербальной коммуникации, то шансы корректно донести желаемое невелики.

Основные средства вербальной коммуникации — это язык и письменность. Выделяют несколько самых важных функций языка в процессе общения:

- **Коммуникативная функция.** Язык — это самый доступный и самый распространенный инструмент для общения между людьми.

- **Конструктивная функция.** С помощью языка человек излагает свою мысль в доступной для собеседника форме.

• **Аппелятивная функция.** То есть язык дает возможность убеждать, доносить свою точку зрения, влиять на мнение других людей.

• **Фатическая функция.** Позволяет с соблюдением принятых норм этикета выстраивать взаимодействие либо прекращать его.

• **Эмоционально-экспрессивная функция.** Дает возможность излагать свое личностное восприятие обсуждаемой темы.

• **Аккумулятивная функция.** Это сбор и накапливание ценной информации в процессе общения с другими людьми, а также ее сохранение и передача потомкам.

• **Эстетическая функция.** Вы можете донести свою мысль красиво, изысканно, необычно, как-то по-особенному.

Можно назвать и другие функции языка как средства вербальной коммуникации. Специалисты по лингвистике выделяют, к примеру, еще идеологическую, референтную функции, а также номинативную, идеологическую, магическую, метаязыковую и ряд иных.

Методы эффективной коммуникации

Принципы передачи информации:

Человек А: пропустил информацию через фильтр — получил часть информации — подумал, что ему сказали — ответил на свои мысли...

Человек Б: пропустил часть информации...

Как мы понимаем другого? Есть общий контекст. Важно уменьшить фильтры, а поле информации должно быть общим — минимум профессиональной терминологии.

Фразы, повышающие эффективность общения (пример):

- Во всем мире диабет лечат инсулином.
- На сегодняшний день это самое эффективное лечение.
- Мы с вами составим программу вашего лечения.
- Ко мне приходит много пациентов с диабетом, мы с ними партнеры, помогаем друг другу.
- Я им помогаю сохранить здоровье, а они мне — больше узнать о заболевании. Надеюсь, что мы с вами тоже будем эффективно сотрудничать.

Невербальное взаимодействие — это так называемый язык жестов. Тут в ход идет мимика, позы, касания, движения и т.д. Все эти инструменты открывают очень широкие возможности, позволяющие обходиться и без речи. Интересный момент: с помощью жестикуляций общаются и люди, и животные. Вспомните, когда собака виляет хвостом? Когда радуется чему-то. А вот кот таким же жестом выражает недовольство. Оскалив зубы, животное предупреждает, что будет нападать или защищаться. А если смотрит робко, из-под лба — значит, сожалеет о своем поведении. Подобные примеры можно перечислять до бесконечности.



Информация, переданная невербально, как правило, намного правдивее той, что люди излагают с помощью слов. Это связано с тем, что контролировать собственное выражение лица и жесты не так-то просто. Часто у человека сразу написано на лице все, что он чувствует. А вот говорить неправду словами или излагать в тексте можно очень легко.

В процессе коммуникативного взаимодействия важен не только момент донесения информации, но и ее восприятие собеседником. Человеку, чтобы понимать суть разговора, следует проявлять внимательность, использовать логическое мышление. А вот жесты и выражение лица воспринимаются интуитивно, бессознательно. Кроме того, при общении посредством речи может возникнуть языковой барьер или некоторое недопонимание из-за различия культур, традиций, национальностей и т.д.

Невербальные средства общения необходимы с целью:

- регулирования течения процесса коммуникативного взаимодействия, создания психологического контакта между собеседниками;

- обогащения смыслов, передаваемых при помощи слов, направления толкования словесного контекста;

- выражения эмоции и отражения истолкования ситуаций.

К невербальным коммуникациям общения относят всем известные жесты, мимику лица и телесные позы, а кроме этого причёску, придерживаемый в одежде стиль (одежда и обувь), интерьер кабинета, аксессуары (часы, зажигалки) и т.д.

Все жесты можно поделить на жесты открытости, подозрительности, конфликта или обороны, задумчивости и рассуждения, неуверенности и сомнения, затруднения и пр. Расстегивание одежды или уменьшение дистанции между партнером по беседе является жестом открытости.

О подозрении и скрытности свидетельствует потирание лба или подбородка, попытка прикрыть руками лицо, а особенно избегание зрительного контакта, отвод взгляда в сторону.

К жестам конфликта или обороны относят скрещивание рук, собирание в кулак пальцев.

О задумчивости собеседника говорит пощипывание переносицы, рука у щеки (поза «мыслителя»).

Почесывание указательным пальцем пространства над ушной мочкой или бокового участка шеи означает, что собеседник сомневается в чем-то или это свидетельствует о его неуверенности.

Почесывание или прикосновения к носу говорят о затруднительном положении беседующего.

Если в ходе разговора один из участников опускает веки, то подобное действие сообщает о его желании поскорее окончить беседу.

Почесывание уха демонстрирует неприятие собеседником произносимого партнером или тем, как он это произносит.

Потягивание мочки уха напоминает о том, что партнеру уже надоело слушать и он тоже имеет желание высказаться.

Невербальные признаки важны также и для диагностирования болезни практикующими врачами. Работа врача и психо-

терапевта требует специальных знаний и когнитивных навыков, приобретаемых в процессе обучения и тренинга; однако основная часть их работы приходится на межличностное общение. Клиницисты и пациенты преимущественно разговаривают друг с другом, и терапевтическое воздействие осуществляется именно посредством речи. Понятно, что невербальное поведение — критически важный компонент этого взаимодействия.

Обычно врач обращает внимание на невербальные признаки, которые способны пролить свет на проблемы больного и на течение болезни. Во время визита к психотерапевту его способность «читать» признаки эмоций, особенно тех эмоций, которые не были выражены вербально, которые лишают пациента душевного покоя или отрицаются им, играет главную роль. Принимая больного, врач настроен на восприятие тех поступающих от него эмоциональных и психологических сигналов, которые могут быть причиной или следствием его физического состояния. Например, после инфаркта пациент может оказаться в состоянии депрессии.

Другой иллюстрацией использования невербальных проявлений в диагностических целях служит выявление боли. Исследователи определили сочетания лицевых признаков, характерные для болевых ощущений разного происхождения как у взрослых, так и у детей (Patrick, Craig, & Prkachin). К распространенным индикаторам боли относятся опущенные брови, сузившиеся глаза, приподнятые щеки, приподнятая верхняя губа и сморщенный нос. Анализ этих признаков может дать информацию, которую невозможно получить от самих пациентов. Например, больные, страдающие хронической или острой формой височно-нижнечелюстных нарушений и испытывающие боль при движении челюсти, говорят о том, что страдают от этой боли одинаково, однако лицевые индикаторы свидетельствуют о том, что хроники испытывают более сильную боль и когда предоставлены сами себе, и когда им делают болезненные процедуры (LeResche, Dworkin, Wilson, & Ehrlich). Невербальные лицевые признаки позволяют также отличить человека, который действительно испытывает боль, от симулянта (Prkachin).

Известны также формы невербального поведения, которые ассоциируются с личностями типа А (т.е. с людьми, более подверженными инфаркту миокарда): громкая и быстрая речь и другие проявления, свидетельствующие об агрессивности. Действительно, результаты многих исследований говорят о том, что агрессивность — предвестник инфаркта. Результаты недавно проведенного исследования показывают, что мимические выражения, закодированные в соответствии с Системой кодирования лицевых движений, связаны с транзиторной ишемией, заболеванием, при котором к сердечной мышце поступает недостаточное количество крови, что может вызвать серьезные и даже фатальные последствия.

Типология пациентов. Приемы вербального эффективного взаимодействия в зависимости от типа пациентов

Типологизация пациентов

Тип	Характеристика	Поведение врача
Немотивированные	Закрытость от информации, есть свое видение, «не хочу делать тем способом, который вы предлагаете». Чувство обиды, вины	Врачу необходимо регулярно напоминать об ответственности самого пациента за результаты лечения: – Хочу прожить на полную катушку! – Это ваше право, я даю вам квалифицированные рекомендации, а ваша зона ответственности — выполнять их или нет
Сниженный интеллект	Пациент с трудом понимает необходимость лечения и рекомендации	Врачу необходимо регулярно проговаривать с пациентом алгоритм лечения, использовать мотивирующие фразы и поддержку: – Мы на одной стороне баррикады, болезнь на другой. Надо делать 1)... 2)... 3)...
Неустойчивая психика, «истероидный»	Реагируют бурно, быстро, эмоционально. Демонстративность, потребность в похвале	Врачу не следует критиковать пациента, важно замечать малейшие положительные результаты, хвалить. Нельзя говорить: «Ну, вы же понимаете, что вы не соблюдаете...» Надо: «Вы молодец, что активны, что вы на 100 г похудели, это очень хорошо. Давайте стараться и продолжать»

Застреваю- щие, вязкие	Пациенты очень подробно и детально описыва- ют симптомы, фиксируются на малозначительных деталях	Врачу не стоит торопить рассказ пациента, однако имеет смысл подробнее расспросить о симптомах и характери- стиках, позволяющих дифференцировать разные состояния. Можно делать заготовки инструкций, в которые только вписать рекомендации. «Вы очень вдумчивый человек, дома вы все еще раз подробно изучите»
Агрессив- ные, негативно настроенные	Пациенты вспль- чивы, ищут повод для конфликта, стремятся манипу- лировать	Врачу не следует заражаться негативны- ми эмоциями. Необходимо обладать навыками разрешения конфликтов и не идти у пациента на поводу. «Как хорошо, что вы все-таки дошли, но, к сожалению, у нас осталось очень мало времени. Давайте максимально эффек- тивно поработаем в эти 5 минут»

Люди разделяются по стремлению воздействовать на окружающих на «ведущих» и «ведомых» и по эмоциональной способности реагировать на окружающих на «сдержанных» и «эмоционально реагирующих». В соответствии с этим выделяют четыре основных социальных типа личности (рис. 2):



Рис. 2. Социальные типы личности (Д. Мерилл)

- дружелюбный (35 %): не стремится влиять, эмоционально реагирует;
- экспрессивный (15 %): стремится влиять, эмоционально реагирует;
- аналитик (35 %): не стремится влиять, сдержанно реагирует;
- директивный (15 %): стремится влиять, сдержанно реагирует.

Дружелюбный пациент

У дружелюбного типа личности плавные движения, мягкая вкрадчивая походка, осанка сутуленная, одет скромно, удобно, без ярких цветов. Жесты такого пациента сдержаны, предупредительны. Он стремится к расположению, поэтому сокращает дистанцию по мере знакомства. Имеет живую мимику со множеством сигналов о доброжелательности, постоянно улыбается. Такой пациент сохраняет постоянный зрительный контакт, активно слушает, выполняет роль ученика, чтобы сохранить доброжелательные отношения. Его голос мягкий, спокойный, имеет мало акцентов, охотнее слушает, чем говорит. Речь вызывает положительные эмоции, избегает слов с негативным оттенком.

Самая верная стратегия в общении с дружелюбным пациентом — завоевание доверия, внимания к его проблеме.

- Дайте понять, что вы его слышите, понимаете.
 - Убедите пациента в положительном конечном результате лечения.
 - Продемонстрируйте теплые межличностные отношения, избегая малоэмоциональной и авторитарной манеры назначения терапии.
 - Важна позиция совместной работы.
 - При разговоре старайтесь ссылаться на большой положительный ваш личный опыт, опыт ваших коллег и тех пациентов, которые уже применяют тот или иной препарат.
 - Обсудите опасения относительно предстоящей терапии.
 - Лечение должно включать принятие на себя обязательств: «Не волнуйтесь, я буду контролировать ваше состояние здоровья».
- Ключевые моменты при выборе терапии для дружелюбного пациента: безопасность, большой опыт использования и доступная цена.

Экспрессивный пациент

Экспрессивный пациент имеет широкие размашистые движения и походку, может что-то задеть из-за невнимательности. Осанка свободна, выпрямлена, одет с фантазией, экстравагантно. Такой пациент постоянно меняет дистанцию. Его жесты отрывисты, резки, эмоциональны. Имеет живую, богатую, выражающую чувства мимику. При эмоциональном возбуждении смотрит глаза в глаза. Голос у экспрессивного пациента постоянно меняет высоту и окраску. Он громкий, темпераментный, с элементами драматургии. Его речь призвана возбуждать эмоции, он использует слова как с негативным, так и с позитивным оттенком.

Самая верная стратегия в общении с экспрессивным пациентом — яркие идеи, творчество, простота.

Алгоритм коммуникации врача с экспрессивным пациентом:

- Избегайте малоэмоциональной и авторитарной манеры назначения терапии.
- Данная категория пациентов ценит во враче новаторский и творческий подход в терапии.
- Ваши предложения должны быть ярко и эмоционально окрашены.
- Старайтесь избегать длинных логических объяснений — рекомендуйте простые схемы лечения.
- В разговоре целесообразно использовать в качестве примера шутки или некоторые смешные ситуации.

Ключевые моменты при назначении лечения для экспрессивного пациента: рекомендация препаратов нового поколения, возможно назначение экспериментальных лекарств с высокой степенью научной обоснованности их применения.

Директивный пациент

У директивного пациента уверенная твердая походка, осанка выпрямлена, тело представляет такое впечатление, как будто надут в грудной части. Жесты уверенные, «покрывающие», решительное пожатие руки. Директивный пациент всегда сохраняет дистанцию. Его мимика малоэмоциональна. Если такой пациент говорит о деле, то смотрит прямо в глаза. Его голос громкий, рит-

мичный, речь быстрая, убедительная, неэмоциональная, по делу. Основные ценности директивного пациента: контроль, решение, действие, результат, общение только для получения результата, отношения второстепенны. Такому больному важна конкретика и быстрое получение результата от лечения.

Самая верная стратегия в общении с директивным пациентом — компетентность и уверенность.

Алгоритм коммуникации врача и директивным пациентом:

- Краткость и лаконичность: избегать излишних эмоций и пустых разговоров ни о чем. Аргументы убедительные и короткие.
- Схема приема препарата персональная и эксклюзивная («Только для вас...», «Исключительно в вашем случае...» и т.д.).
- Рекомендации содержат конкретные выгоды для пациента и конкретный результат и эффект лечения.
- Манера назначения неэмоциональная, «авторитарная».

Ключевые мотивы при выборе лекарственных средств для директивного пациента: эффективность и удобство, цена значения не имеет. Идеальный препарат: эффективный с однократным приемом и мощным действием, при приеме которого виден результат.

Пациент-аналитик

У пациента-аналитика размеренные, ритмичные движения. Осанка натянутая, одежда классическая, заботится о каждой мелочи в гардеробе, но без экстравагантности. Имеет уверенные, ритмичные, сдержанные, целесообразные жесты. Сохраняет большую дистанцию. Мимика такого пациента малоэмоциональна, он редко улыбается, мало смотрит в глаза. Голос ровный, спокойный, монотонный. Пациент-аналитик имеет рациональную речь, всегда разговаривает о деле, задает много вопросов. Основные ценности такого пациента: порядок, структура, детали, конкретика, подробности, точные формулировки, логика, факты, доказательства, соблюдение правил и юридических прав. Такому пациенту важны детали, факты, логика в назначенном лечении с обязательными доказательствами.

Ключевые мотивы при выборе лекарственных средств для пациента-аналитика: доказательность, соотношение цена/качество, измеримые подтверждения эффективности.

Тестовые вопросы для самоконтроля

1. Степень соответствия поведения больного рекомендациям, полученным от врача:
 - А) здравомыслие;
 - Б) внутренняя картина болезни;
 - В) комплаенс;
 - Г) лечение.

2. Модель поведения, при которой врач как волшебник, на котором лежит полная ответственность за здоровье пациента:
 - А) паттерналистская (сакральная) модель;
 - Б) техническая модель;
 - В) коллегиальная модель;
 - Г) модель контрактного типа.

3. Модель поведения, при которой врач и пациент взаимодействуют на равных, заключают некое соглашение:
 - А) паттерналистская (сакральная) модель;
 - Б) техническая модель;
 - В) коллегиальная модель;
 - Г) модель контрактного типа.

4. Модель поведения, при которой врач и пациент взаимодействуют на равных, врач исправляет неполадки в организме пациента:
 - А) паттерналистская (сакральная) модель;
 - Б) техническая модель;
 - В) коллегиальная модель;
 - Г) модель контрактного типа.

5. Модель поведения, при которой врач и пациент как коллеги, которые обсуждают борьбу с болезнью:
 - А) паттерналистская (сакральная) модель;
 - Б) техническая модель;
 - В) коллегиальная модель;
 - Г) модель контрактного типа.

6. Один из трех способов обмена информацией между людьми, который начинается от рождения человека и длится всю его жизнь:

- А) вербальное общение;
- Б) невербальное общение.

7. Так называемый язык жестов, при общении в ход идет мимика, позы, касания, движения:

- А) вербальное общение;
- Б) невербальное общение.

8. Жесты, мимика лица и телесные позы, прическа, придерживаемый в одежде стиль (одежда и обувь), интерьер кабинета, аксессуары относят к коммуникации:

- А) вербальной;
- Б) невербальной.

9. Закрытость от информации, есть свое видение, «не хочу делать тем способом, который вы предлагаете» свойственны пациентам:

- А) немотивированным;
- Б) со сниженным интеллектом;
- В) истероидным;
- Г) застревающим;
- Д) агрессивным.

10. Бурная, быстрая и эмоциональная реакция на слова врача, демонстративность, высокая потребность к похвале свойственны пациентам:

- А) немотивированным;
- Б) со сниженным интеллектом;
- В) истероидным;
- Г) застревающим;
- Д) агрессивным.

Список литературы по теме

1. Иган Дж. Базисная эмпатия как коммуникативный навык [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2001. — № 1. — URL: <http://www.psyjournal.ru> (дата обращения: 13.01.2022).

2. Иган Дж. Слушание и понимание вербальных сообщений: практические рекомендации [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2004. — № 1. — URL: <http://www.psyjournal.ru> (дата обращения: 13.01.2022).

3. Карягина Т.Д. Некоторые аспекты развития представлений об эмпатии // «Психология общения — 2006: на пути к энциклопедическому знанию»: материалы междунар. конф. (19–21 октября 2006 г.) / Психологический институт РАО. — М.: Академия имиджологии, 2006. — С. 373–380.

4. Косырев В.Н. Психологическая модель диагностической компетентности врача [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. — 2011. — № 1. — URL: http://mprj.ru/archiv_global/2011_1_6/nomer/nomer08.php (дата обращения: 13.05.2022)

5. Роджерс К. Эмпатия // Психология мотивации и эмоций / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. — М.: ЧеРо, 2002. — С. 428–430.

6. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. — Будапешт, 1988. — 286 с.

Практическая часть

Тест-опросник оценки «социально-коммуникативной компетентности»

Назначение теста: тест предназначен для оценки социально-коммуникативной компетентности.

Инструкция к тесту: Перед вами ряд высказываний об особенностях поведения, привычках и взглядах. Решите, пожалуйста, для каждого высказывания, согласны вы с ним или нет. Ответьте, пожалуйста, по порядку, не пропуская ни одного вопроса и не стараясь произвести «лучшее» впечатление. Здесь нет «пра-

вильных» и «неправильных» ответов. Постарайтесь давать первый ответ, который приходит вам в голову.

1. Если в разговоре неожиданно возникает большая пауза, мне часто ничего не приходит на ум, чтобы спасти ситуацию.

2. Мне досадно, что другие более удачливы, чем я.

3. Мне приятно, если я должен высказывать свое мнение по какому-то делу, не зная, что другие думают об этом.

4. Я быстро теряю самообладание, но также быстро опять беру себя в руки.

5. Человек с неясным или гнусавым произношением меня раздражает.

6. На вечеринке, в кругу малознакомых людей, я тоже могу внести вклад в то, чтобы вечер удался.

7. Я еще не достиг той должности, которую заслуживаю по результатам моей работы.

8. Я смущаюсь, когда меня представляют известному деятелю, потому что не знаю, что он обо мне подумает.

9. Я могу так рассвирепеть, что, например, бью посуду.

10. Я часто пасую перед трудностями еще прежде, чем возьмусь за дело.

11. В отпуске я редко знакомлюсь с другими людьми.

12. Я не люблю быть в центре внимания.

13. Если я сам не могу принять решение по важному личному вопросу, то действую по совету пожилого уважаемого человека.

14. Если я прихожу в ярость, то разряжаюсь, выполняя такую физическую работу, как, например, рубка дров.

15. Я придаю большое значение тому, что другие обо мне думают.

16. Мне легче тогда, когда мне говорят, что нужно сделать, чем в том случае, когда я сам должен руководить.

17. Мне трудно подружиться с кем-нибудь.

18. В большинстве случаев я всегда вижу вначале хорошие стороны человека или дела.

19. Принимая решения, я спокойно взвешиваю все «за» или «против».

20. Время от времени я теряю терпение и свирепею.

21. Я с удовольствием берусь за такие задания, при которых другие люди находятся в моем подчинении.

22. Я легко отказываюсь от намерения, если другие об этом невысокого мнения.

23. В обществе я могу непринужденно беседовать с людьми, которых я никогда не видел.

24. У меня нет настоящих друзей.

25. Я часто вижу сначала плохие или слабые стороны человека или дела.

26. Мне было бы приятно, если бы другие восторгались мной.

27. У меня часто бывает плохое настроение.

28. Мне лучше, если я могу присоединиться к мнению других.

29. В целом я спокоен и меня нелегко вывести из себя.

30. У меня редко бывают гости.

31. Я чувствую себя ущемленным, когда других повышают в должности.

32. В решительных ситуациях зачастую внутреннее беспокойство заставляет меня принимать быстрое решение.

33. Я присоединяюсь к мнению моего трудового коллектива, как правило, лишь тогда, когда большинство его одобрит.

34. Меня редко приглашают в гости.

35. Как правило, я отношусь к людям скептически и недоверчиво.

36. Я с удовольствием хожу на карнавал или другие веселые празднества.

37. Чаще всего я уверенно гляжу в будущее.

38. На производственных совещаниях я охотнее присоединяюсь к мнению начальства.

39. В поездке я почти никогда не беседую с попутчиком.

40. Меня угнетает, если я должен откладывать принятые решения.

41. Я охотно даю указания.

42. Если в моем трудовом коллективе возникают разногласия, я держусь в стороне.

43. Если я сильно расвирепею, то часто теряю самообладание.

44. Чаще всего я нахожу, что жизнь стоит того, чтобы жить.

45. Я охотно провожу свой досуг с друзьями или в группах по интересам.

46. Меня тревожит то обстоятельство, что я не знаю, что меня ждет в жизни.

47. Если я хорошо подумаю, то я скорее склонен что-то критиковать, чем признавать.

48. Мне нравится, что другие делают то, что я от них требую.

49. Мне не нравится, когда в книгах или фильмах действие в конце остается незавершенным или кончается иначе, чем я ожидал.

50. Я — оптимист.

51. Часто у меня высказывают замечания, которые я лучше всего проглотил бы.

52. Мне трудно установить контакт между людьми, которые не знают друг друга.

53. Когда я в ярости, то говорю неслыханные вещи.

54. Я скучаю, когда другие веселятся.

55. Чаще всего я нахожу бессмысленным преследовать личные цели: все равно все получается иначе.

56. Я избегаю общения с людьми, о которых не знаю, что о них можно подумать.

57. У меня нет никаких особенных интересов, так как мне ничто по-настоящему не доставляет удовольствия.

58. Часто я не могу совладать со своим раздражением и бешенством.

59. Я — коммуникабельный и открытый человек.

60. Я стремлюсь превосходить других.

61. По отношению к другим я отзывчив и обязателен.

62. Я везде быстро завязываю знакомства.

63. Ежедневные трудности часто лишают меня покоя.

64. Прежде чем высказывать свое мнение, я сначала проверяю, что об этом думают другие.

65. Неожиданный гость часто бывает для меня некстати.

66. На должности, соответствующей моим претензиям, я мог бы по-настоящему развернуться.

67. Я считаю, что лучше никому не доверять.

68. Я могу хорошо настроиться на неожиданный визит.

69. К сожалению, я отношусь к тем, кто часто приходит в бешенство.

70. Я редко бываю в подавленном плохом настроении.

71. Я легко теряю хладнокровие, когда на меня нападают.
72. Я думаю, что популярность меня бы не тяготила.
73. Я могу во всех сторонах жизни найти что-то хорошее.
74. Часто я сам отказываю себе в исполнении желаний, чтобы избежать разочарований.
75. Я лучше примирюсь с чем-то, чем дам дойти делу до спора.
76. Я редко нахожу нужные слова, когда мне кого-нибудь представляют.
77. Я не люблю еще раз обдумывать решения.
78. Я редко могу по-настоящему радоваться.
79. Мне нетрудно внести оживление в общество.
80. Если что-то мне не удастся, я думаю: в следующий раз получится лучше.
81. Мне нравится, когда другие просят у меня совета.
82. Я буду лучше сам по себе, тогда мне не придется разочаровываться.
83. Я не люблю дел, решение которых предоставляют будущему и выжидают, как они будут развиваться.
84. При хороших известиях я всегда боюсь, что при ближайшем рассмотрении в деле окажется загвоздка.
85. К новым коллегам я могу привыкнуть спустя лишь длительное время.
86. Часто я высказываю угрозы, которые не принимаю всерьез.
87. Когда меня несправедливо критикуют, я скорее с этим соглашаюсь, чем защищаюсь.
88. Часто я, не подумав, что-то говорю, а потом раскаиваюсь.
89. Меня беспокоит, что я не знаю точно, что другие обо мне думают.
90. Когда на меня наваливаются события, на которые я не имею влияния, то я люблю сюрпризы.
91. Я чаще всего признаю правоту других, хотя и не разделяю их мнения.
92. Я радуюсь общению.
93. Для меня обременительно, если мой распорядок дня нарушают непредвиденные события.
94. Я быстро капитулирую, если что-то не удастся.

95. Мои будни в целом интересны и занимательны.

96. Непредвиденные события чаще всего приводят меня в замешательство.

97. Когда мне кто-то что-то обещает, я опасаюсь, что это не получится.

98. Мне не нравится, что я по статусу должен выполнять распоряжения людей, которые меньше меня понимают.

99. Неловкую ситуацию, в которую кто-нибудь попадает, я могу обыграть таким образом, что другим это не бросится в глаза.

100. Часто я нервничаю из-за кого-нибудь.

101. Я люблю знать заранее, кто будет на званом вечере, на который я приглашен, и как он будет проходить.

102. Я избегаю критиковать своего начальника, хотя иногда это необходимо.

103. Меня беспокоит, когда у знакомых или друзей, к которым я приглашен, я встречаю незнакомых людей.

104. Часто я слишком быстро сержусь на других.

105. Когда со мной заговаривает незнакомый человек, я часто не знаю, что я должен сказать.

106. При неудачах я, как правило, боюсь за свой авторитет.

107. Я часто сомневаюсь в своих способностях.

108. Я охотно стал бы знаменитостью.

109. Я часто чувствую себя как пороховая бочка перед взрывом.

110. Мне неприятно, когда мой супруг приглашает гостей без моего ведома.

111. Когда я получаю новое задание, то часто думаю, что я его не осилю.

112. Я охотно беседую с другими людьми, когда предоставляется возможность.

113. Я не утаиваю своего мнения.

114. Я думаю, что другие относятся ко мне предвзято.

115. Я охотно пробую что-то, когда с самого начала неизвестно, какой будет исход.

116. Мне нравится, когда мне дают почувствовать, что без меня нельзя обойтись.

117. Я могу втянуть в разговор незнакомых людей.

118. Я спокойно ожидаю решения любого вопроса, даже если он очень важен для меня.

119. Я быстро капитулирую.

120. По сравнению с произведенной мной работой я должен заслуживать большего признания.

121. Мне трудно вести беседу с незнакомым человеком.

122. Мои чувства легко оскорбить.

Ключ к тесту

Социально-коммуникативная неуклюжесть (СКН):

Ответы «Да»: 1, 11, 17, 24, 30, 34, 39, 52, 65, 76, 85, 103, 105, 110, 121, 125

Ответы «Нет»: 6, 23, 36, 45, 59, 61, 62, 68, 79, 92, 99, 112, 117

Всего: 29 вопросов.

Нетерпимость к неопределенности (НН):

Ответы «Да»: 5, 8, 13, 32, 40, 46, 49, 56, 77, 83, 89, 93, 96, 101, 124, 129

Ответы «Нет»: 19, 90, 115, 118, 132

Всего: 21 вопрос.

Чрезмерное стремление к конформности (К):

Ответы «Да»: 15, 16, 22, 28, 33, 38, 42, 64, 75, 87, 91, 102, 123

Ответы «Нет»: 3, 113

Всего: 15 вопросов.

Повышенное стремление к статусному росту (ССР):

Ответы «Да»: 2, 7, 21, 26, 31, 41, 48, 60, 66, 72, 81, 98, 106, 108, 116, 120, 128, 130, 133

Ответы «Нет»: 12

Всего: 20 вопросов.

Ориентация на избегание неудач (ИН):

Ответы «Да»: 10, 25, 27, 35, 47, 54, 55, 57, 67, 74, 78, 82, 84, 94, 97, 107, 111, 114, 119

Ответы «Нет»: 18, 37, 44, 50, 70, 73, 80, 95, 127

Всего: 28 вопросов.

Фрустрационная нетолерантность (ФН):

Ответы «Да»: 4, 9, 14, 20, 43, 51, 53, 58, 63, 69, 71, 86, 88, 100, 104, 109, 122, 126, 131

Ответы «Нет»: 29

Всего: 20 вопросов.

Опросник методики «Шкала эмоционального отклика» А. Меграбяна и Н. Эпштейна

Для исследования эмпатии используется методика «Шкала эмоционального отклика» (Balanced Emotional Empathy Scale — BEES). Этот опросник был разработан Альбертом Меграбяном (Albert Mehrabian) и модифицирован Н. Эпштейном. С точки зрения А. Меграбяна, эмоциональная эмпатия — это способность сопереживать другому человеку, чувствовать то, что чувствует другой, переживать те же эмоциональные состояния, идентифицировать себя с ним. Как показали исследования, эмоциональная эмпатия связана с общим состоянием здоровья человека, его социальной адаптированностью и отражает уровень развития навыков взаимодействия с людьми.

Методика «Шкала эмоционального отклика» позволяет проанализировать общие эмпатические тенденции испытуемого, такие ее параметры, как уровень выраженности способности к эмоциональному отклику на переживания другого и степень соответствия/несоответствия знака переживаний объекта и субъекта эмпатии. Объектами эмпатии выступают социальные ситуации и люди, которым испытуемый мог сопереживать в повседневной жизни.

Инструкция. Прочитайте приведенные ниже утверждения и оцените степень своего согласия или несогласия с каждым из них (поставьте отметку в соответствующей графе бланка для ответов), ориентируясь на то, как вы обычно ведете себя в подобных ситуациях.

Бланк для ответов к методике «Шкала эмоционального отклика»

Фамилия, имя, отчество _____

Пол _____ Возраст _____ Дата _____

№ п/п	Утверждение	Ответ			
		Согла- сен (всег- да)	Скорее согла- сен (часто)	Скорее не согла- сен (редко)	Не согла- сен (никог- да)
1	Меня огорчает, когда вижу, что незнакомый человек чувствует себя среди других людей одиноко				
2	Мне неприятно, когда люди не умеют сдерживаться и открыто проявляют свои чувства				
3	Когда кто-то рядом со мной нервничает, я тоже начинаю нервничать				
4	Я считаю, что плакать от счастья глупо				
5	Я близко к сердцу принимаю проблемы своих друзей				
6	Иногда песни о любви вызывают у меня много чувств				
7	Я бы сильно волновался (волновалась), если бы должен был (должна была) сообщить человеку неприятное для него известие				
8	На мое настроение очень влияют окружающие люди				
9	Мне хотелось бы получить профессию, связанную с общением с людьми				
10	Мне очень нравится наблюдать, как люди принимают подарки				
11	Когда я вижу плачущего человека, то и сам (сама) расстраиваюсь				
12	Слушая некоторые песни, я порой чувствую себя счастливым (счастливой)				
13	Когда я читаю книгу (роман, повесть и т.п.), то так переживаю, как будто все, о чем читаю, происходит на самом деле				
14	Когда я вижу, что с кем-то плохо обращаются, то всегда сержусь				
15	Я могу оставаться спокойным (спокойной), даже если все вокруг волнуются				
16	Мне неприятно, когда люди при просмотре кинофильма вздыхают и плачут				

17	Когда я принимаю решение, отношение других людей к нему, как правило, роли не играет				
18	Я теряю душевное спокойствие, когда окружающие чем-то угнетены				
19	Я переживаю, если вижу людей, легко расстраивающихся из-за пустяков				
20	Я очень расстраиваюсь, когда вижу страдания животных				
21	Глупо переживать по поводу того, что происходит в кино или о чем читаешь в книге				
22	Я очень расстраиваюсь, когда вижу беспомощных старых людей				
23	Я очень переживаю, когда смотрю фильм				
24	Я могу остаться равнодушным (равнодушной) к любому волнению вокруг				
25	Маленькие дети плачут без причины				

Обработка результатов. Для обработки ответов удобно воспользоваться бланком подсчета результатов. Обработка проводится в соответствии с ключом. За каждый ответ начисляется от 1 до 4 баллов.

Бланк подсчета результатов

Номер утверждения	Ответ (в баллах)			
	Согласен (всегда)	Скорее согласен (часто)	Скорее не согласен (редко)	Не согласен (никогда)
1	4	3	2	1
2	1	2	3	4
3	4	3	2	1
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	4	3	2	1
7	4	3	2	1
8	4	3	2	1
9	4	3	2	1
10	4	3	2	1
11	4	3	2	1
12	4	3	2	1
13	4	3	2	1
14	4	3	2	1

15	1	2	3	4
16	1	2	3	4
17	1	2	3	4
18	4	3	2	1
19	4	3	2	1
20	4	3	2	1
21	1	2	3	4
22	4	3	2	1
23	4	3	2	1
24	1	2	3	4
25	1	2	3	4
Σ				

Общая оценка подсчитывается путем суммирования баллов. Степень выраженности способности личности к эмоциональному отклику на переживания других людей (эмпатии) определяется по таблице пересчета «сырых» баллов в стандартные оценки шкалы стенов.

Таблица пересчета «сырых» баллов в стенов

Стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Стандартный процент	2,28	4,40	9,19	14,98	19,15	19,15	14,98	9,19	4,40	2,28
Мужчины	≤45	46–51	52–56	57–60	61–65	66–69	70–74	75–77	79–83	≥84
Женщины	≤57	58–63	64–67	68–71	72–75	76–79	80–83	84–86	87–90	≥91

Анализ и интерпретация результатов

Выделяют следующие уровни выраженности способности личности к эмоциональному отклику на переживания других людей (эмпатии):

- 82–90 баллов — очень высокий уровень;
- 63–81 балл — высокий уровень;
- 37–62 балла — нормальный уровень;
- 36–12 баллов — низкий уровень;
- 11 баллов и менее — очень низкий уровень.

Высокие показатели по способности к эмпатии находятся в обратной связи с агрессивностью и склонностью к насилию; вы-

соко коррелируют с покладистостью, уступчивостью, готовностью прощать других (но не себя), готовностью выполнять рутинную работу.

Люди с высокими показателями по шкале эмоционального отклика в сравнении с теми, у кого низкие показатели чаще:

- на эмоциональные стимулы реагируют изменением кожной проводимости и учащением сердцебиения;
- более эмоциональны, чаще плачут;
- как правило, имели родителей, которые проводили с ними много времени, ярко проявляли свои эмоции и говорили о своих чувствах;
- проявляют альтруизм в реальных поступках, склонны оказывать людям деятельную помощь;
- демонстрируют affiliативное поведение (способствующее поддержанию и укреплению дружеских отношений);
- менее агрессивны;
- оценивают позитивные социальные черты как важные;
- более ориентированы на моральные оценки.

Умение сопереживать другим людям — ценное качество, однако при его гипертрофировании может формироваться эмоциональная зависимость от других людей, болезненная ранимость, что затрудняет эффективную социализацию и даже может приводить к различным психосоматическим заболеваниям.

Люди со средним (нормальным) уровнем развития эмпатии в межличностных отношениях более склонны судить о других по поступкам, чем доверять своим личным впечатлениям. Как правило, они хорошо контролируют собственные эмоциональные проявления, но при этом часто затрудняются прогнозировать развитие отношений между людьми.

Люди с низким уровнем развития эмпатии в межличностных отношениях испытывают затруднения в установлении контактов с людьми, некомфортно чувствуют себя в большой компании, не понимают эмоциональных проявлений и поступков, часто не находят взаимопонимания с окружающими. Они гораздо более продуктивны при индивидуальной работе, чем при групповой, склонны к рациональным решениям, больше ценят других за деловые качества и ясный ум, чем за чуткость и отзывчивость.

Выбор неэффективных поведенческих стратегий может быть следствием личностных особенностей человека или свидетельством незнания им деятельных форм участия в жизни других людей. Для развития эмпатических способностей нужно совершенствовать коммуникативные навыки, особенно умение слушать другого, перефразировать, отражать и отзеркаливать эмоции. Очень полезны тренинги ассертивности, «гимнастика чувств».

Тема 8

Проблемы коммуникации в практике врача.

Конфликты. Ятрогении

1. Конфликт: определение, структура. 2. Классификация и типология конфликтов. 3. Особенности конфликтов в системе медицинской помощи. 4. Методы диагностики конфликтов. 5. Принципы эффективного разрешения конфликтов. 6. Ятрогении (определение). Классификация. Причины.

Конфликт: определение, структура

Конфликт — это столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений и взглядов двух или более людей, отсутствие согласия между двумя или более сторонами.

Различают следующие стадии конфликта:

1. Предконфликтная стадия (скрытая). Скрытую стадию конфликта довольно сложно распознать, поскольку признаки конфликта могут быть скрыты, ненаблюдаемы. Происходит потенциальное формирование противоречивых интересов, ценностей и норм, возникает стремление к улучшению своего социального статуса и превосходства. Это порождает у сторон недоверие друг к другу, раздражение, непонимание, во взаимоотношениях растет напряженность.

2. Стадия открытого конфликта. Эта стадия представляет собой собственно конфликт, конфликтное взаимодействие, потенциальный конфликт переходит в реальный. Открытый конфликт может проявляться в виде незначительных разногласий и непонимания, открытого вызова, агрессивных угроз и ультиматумов, расширяются временные и пространственные границы конфликта.

3. Послеконфликтная стадия. Это частичная или полная нормализация отношений оппонентов, заключающаяся в преодолении негативных оценок, установлении доверия, налаживании продуктивного сотрудничества между участниками конфликта или перерастании в другой конфликт.

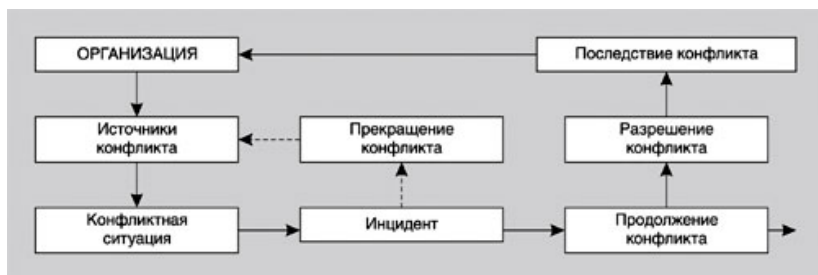


Рис. 3. Схема развития конфликта

Структура конфликта:

- объект конфликтной ситуации, связанный либо с технологическими и организационными трудностями, особенностями оплаты труда, либо со спецификой деловых и личных отношений конфликтующих сторон;
- цели — субъективные мотивы участников, обусловленные их взглядами и убеждениями, материальными и духовными интересами;
- наличие оппонентов — конкретных лиц, являющихся его участниками;
- непосредственный повод и истинные причины.

Классификация и типология конфликтов

► **По составу конфликтующих сторон:** внутриличностные (между родственными симпатиями и чувством долга руководителя), межличностные (между руководителем и его заместителем по поводу должности, между сотрудниками — по поводу премии); между личностью и организацией, в которую она входит; между организациями или группами одного или различных статусов.

Внутриличностный конфликт или конфликт уровней психики: ролевой конфликт. Причины: перегруженность работой либо когда при отсутствии работы необходимо находиться на рабочем месте. Первыми причинами такого конфликта могут послужить стрессы, неудовлетворенность работой, неуверенность в себе и в организации. Противоречивые требования к результатам работы.

К. Левин (1975) выделяет три типа внутриличностного конфликта:

- 1) конфликт при необходимости выбора между двумя одинаково привлекательными альтернативами;
- 2) конфликт между необходимостью выбора действия, имеющего одновременно и положительные, и отрицательные последствия;
- 3) конфликт при необходимости выбора между двумя одинаково непривлекательными альтернативами.

Может не осознаваться и быть причиной неврозов.

Межличностный конфликт: несовпадение взглядов и ценностей людей. Причины: борьба руководителей одного ранга за производственные и рабочие ресурсы, денежные средства, продвижение проектов и т.д.; различные взгляды относительно отдельных аспектов деятельности организации; столкновения в попытках продвижения по карьерной лестнице («подсигивание»); чисто личностные конфликты, не имеющие отношения к деятельности организации — конфликтующие стороны переносят взаимную органическую неприязнь и на рабочие вопросы. Может носить горизонтальный и вертикальный характер.

Конфликт между личностью и группой. Возникает при неприятии одним человеком установленных группой норм организационного поведения.

- Руководитель – коллектив. Причины: назначение нового руководителя, определенный стиль управления, низкая компетентность руководителя.

- Рядовой член коллектива – коллектив. Причины: проблемная личность, нарушение норм и правил внутри группы.

- Лидер – группа. Причины: низкая профессиональная подготовка лидера, превышение полномочий лидерства, изменение группового сознания, применение компромата против лидера.

Характерен для горизонтальных форм отношений.

Вертикальным проявлением конфликта между личностью и группой является конфликт между руководителем и подчиненной ему группой (коллективом).

Межгрупповой конфликт. Между формальными и неформальными группами, также между администрацией и профсоюзами. Он обычно носит активный характер и имеет большое чис-

ло участников, что, несомненно, затрудняет его решение. В медицинской практике часто встречается такая разновидность межличностного конфликта, как производственный конфликт.

Основные механизмы возникновения межгрупповых конфликтов: межгрупповая враждебность («мы» – «они»), объективный конфликт интересов, внутригрупповой фаворитизм (конформизм, приспособленчество к групповым интересам).

В качестве субъектов и сторон конфликта могут выступить как частные, так и официальные лица (руководители организаций и учреждений), как отдельные сотрудники, так и целые группы. Степень участия субъектов в конфликте может быть различна: от прямого противодействия до опосредованного воздействия на ход конфликта. Субъекты конфликта подразделяются на основных участников (противодействующие стороны), группы участников (стороны, играющие второстепенную роль), посредников (нейтральные лица, стремящиеся предотвратить, разрешить конфликт).

► **В зависимости от коммуникативной направленности:**

- Горизонтальный конфликт — возникает между отдельными (функционально связанными) направлениями деятельности в организации. В противоборство вступают стороны, имеющие одинаковый статус и равное положение (например, коллеги по работе).

- Вертикальный конфликт — возникает между руководителем и подчиненным. Руководитель, как правило, пытается увеличить свою власть, а подчиненный сопротивляется этому. Защищая свою автономию, подчиненные пытаются разными способами воздействовать на руководство.

- Смешанный конфликт — разногласия возникают между руководителями и специалистами отдельных областей.

► **По функциональной значимости:**

- позитивные и негативные;
- конструктивные и деструктивные;
- созидательные и разрушительные.

Если вовремя не устранить конструктивный конфликт, то он может перерасти в деструктивный.

► **По формам и степени столкновения:**

- открытые и скрытые,
- спонтанные, инициированные и спровоцированные, неизбежные, вынужденные, лишённые целесообразности.

► **По масштабам и продолжительности:**

- общие и локальные;
- кратковременные и затяжные;
- скоротечные и долгосрочные.

► **По способам урегулирования:**

- антагонистичные и компромиссные;
- полностью или частично разрешаемые;
- приводящие к согласию и сотрудничеству.

► **По источникам и причинам возникновения:**

- деловые (связаны с официальной деятельностью человека, с выполнением его деловых обязанностей) и личностные/эмоциональные (связаны с индивидуальными психологическими особенностями, затрагивают неофициальные отношения);
 - объективные и субъективные;
 - организационные, эмоциональные и социально-трудовые.

Особенности конфликтов в системе медицинской помощи

Медицинский конфликт — это прежде всего конфликт врача и пациента, когда присутствует несогласие с позицией друг друга.

Причины конфликтов:

- недостаток времени;
- разное восприятие одного и того же;
- дефицит информации;
- несоответствующий внешний вид;
- особенности речи;
- недоверие к врачу и его коллегам, страх педиатров (некорректное поведение, критика и обвинение мам в болезнях детей);
 - неклинические ошибки врача;
 - ошибки организации медицинской помощи;
 - недисциплинированность;
 - настойчивый поиск болезней;
 - врачебные ошибки;
 - участие родственников;
 - использование внешних источников информации (обеими сторонами), уверенность в собственной компетентности и поль-

зование Интернетом, советами знакомых в целях поиска информации о лечении;

- психоэмоциональное состояние;
- избыточные требования.

Конфликты в медицине, так же как и в других отраслях, происходят на трех уровнях противоречий:

- 1) высший: система здравоохранения – общество;
- 2) средний: учреждения здравоохранения (администрация) – медицинский персонал;
- 3) низший: медицинский персонал – пациенты (и их родственники).

К основным противоречиям, из-за которых возникают конфликты на уровне «система здравоохранения – общество», чаще всего относятся:

- отсутствие целостной и последовательной концепции развития здравоохранения;
- недостаточность финансового и материально-технического обеспечения системы здравоохранения. Имеет объективные (экономика в упадке, недостаток ресурсов) и субъективные (недальновидная, безответственная политика государства) причины;
- скудность выделяемых средств — ведет к таким негативным последствиям, как:
 - социально-трудовые конфликты, забастовки, митинги, пикетирование;
 - закрытие участковых больниц;
 - недостаток денежных средств на лекарственное обеспечение и оборудование;
 - недовольство медицинского персонала уровнем вознаграждения своего труда — это заставляет искать дополнительные заработки, что снижает качество работы.

Объективные конфликты на уровне «медицинский персонал – пациенты» часто вызваны неудовлетворением обещанного, несправедливым распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлены на достижение конкретных результатов, например:

- обещание врачом больному полного излечения, а в результате особенностей течения болезни наступила стойкая утрата трудоспособности;

– некачественное выполнение своих обязанностей (послеоперационные осложнения по вине медицинского работника, несвоевременный обход);

– отказ в госпитализации больного или несвоевременная госпитализация;

– несвоевременное выполнение операций, процедур и т.п.

– помещение в палату с умирающим больным;

– требование покупки медикаментов;

– требование вознаграждения за выполненную работу.

Субъективные конфликты (этот тип конфликта часто связан с несовпадением ожиданий пациента с реальностью) часто возникают из-за несоответствующего представления о должном поведении медицинского персонала (грубость, неучтивость), проведении процедур (нерегулярность, непунктуальность, халатность), санитарно-гигиенических условиях нахождения в стационаре (грязь, шум, запах), неправильной диагностики или неправильного назначения терапии.

Существуют также ***нереалистичные конфликты***, которые имеют цель открытого выражения накопившихся отрицательных эмоций, обид, враждебности, — когда острое конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью. Этот конфликт нередко обусловлен предвзятым отношением пациента к медицинской службе в целом или к отдельному врачу в частности (в таком случае врачу необходимо дать пациенту возможность выговориться, избавиться от эмоционального груза; врач должен выразить свое понимание и согласие, не вовлекаясь в ситуацию эмоционально, а уже потом брать инициативу в свои руки).

Методы диагностики конфликтов

Выявление конфликтной личности

Черты конфликтной личности:

- неадекватная самооценка своих возможностей и способностей;

- стремление доминировать;

- консерватизм;

- излишняя принципиальность и прямолинейность;
- тревожность, агрессивность, упрямство, раздражительность.

«Вздорный человек» — часто выходит за рамки профессиональной беседы, несдержан, нетерпелив, своей позицией и подходом к ситуации смущает собеседников или сотрудников подразделения и неосознанно подталкивает их к тому, чтобы с ним не соглашались, спорили.

Форма поведения — оставаться в рамках профессиональной беседы и стараться сохранять спокойствие, опровергать его вздорные утверждения следует аргументировано, прибегая к помощи других сотрудников.

«Всезнайка» — всегда все знает лучше других, требует слова, всех перебивает.

Форма поведения — потребовать от остальных собеседников выразить определенную позицию в отношении его утверждений.

«Болтун» — часто и бестактно вмешивается в разговор, не обращает внимания на время, которое он тратит на свои вопросы и отступления.

Форма поведения — с максимальным тактом его остановить, ограничить время выступления, вежливо, но твердо направить на предмет беседы.

«Неприступный собеседник» — замкнут, часто чувствует себя вне времени и пространства, так как все недостойно его внимания.

Форма поведения — заинтересовать в обмене опытом, признать его знания и опыт, привести примеры из круга его интересов.

Анализ конфликта

Австралийские конфликтологи Х. Корнелиус и Ш. Фейр предложили эффективный прием анализа конфликтной ситуации — составление карты конфликта.

Карта конфликта — это графическое изображение элементов конфликтного столкновения с указанием проблемы, требующей решения, констатацией интересов и опасений сторон (рис. 4). В процессе ее составления четче формулируются проблемы и позиции участников.

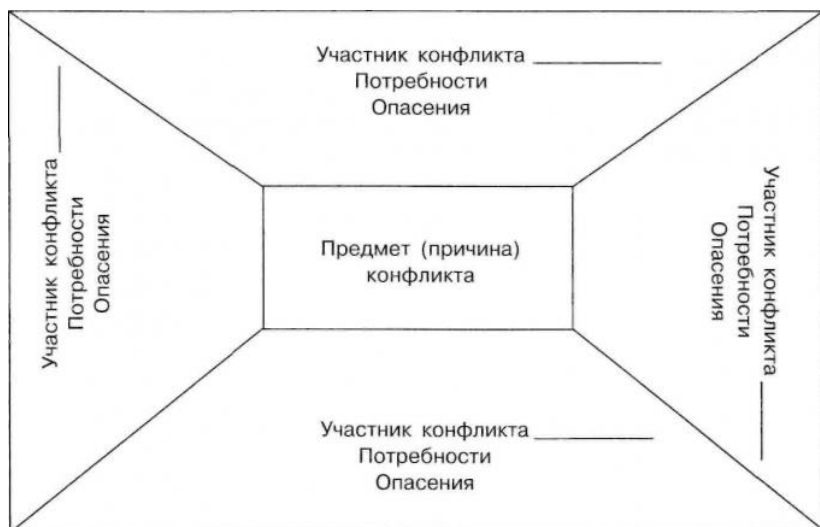


Рис. 4. Карта конфликта (Корнелиус Х., Фэйр Ш., 1989)

Карту конфликта рекомендуется составлять в следующих случаях:

- 1) при анализе конфликта (помогает обоснованно выбрать стратегию дальнейших действий);
- 2) при подготовке стратегии разрешения конфликта;
- 3) в процессе переговоров, в которых принимают участие все оппоненты (помогает налаживать конструктивное взаимодействие между ними, располагает к сотрудничеству).

1. Определение предмета конфликта. Опишите проблему в общих чертах: из-за чего возник спор, по поводу чего высказывались разные мнения? Не надо глубоко вдаваться в проблему или находить выход. Опишите, что является предметом конфликта, т.е. «яблоком раздора». Предмет может быть не один. На каждый предмет лучше составлять отдельную карту, если не удалось согласовать позиции.

2. Определение оппонентов, вовлеченных в конфликт. Решите, кто является главными сторонами в конфликте. Составьте список действующих лиц. Если группа имеет однородные требования, потребности, ее на карте можно определить как одно лицо.

3. Определение подлинных интересов оппонентов. Задача третьего этапа — выяснить мотивацию, стоящую за позициями оппонентов. Необходимо перечислить потребности и опасения каждого участника. Так формируются возможности для создания большего количества взаимовыгодных решений. Одна и та же потребность может относиться к нескольким или ко всем участникам. Тогда она записывается всем, свидетельствуя об общности интересов. Предметом опасений часто бывают физическая безопасность, финансовые потери, потеря членства в группе, потеря контроля, независимости, власти, потеря уважения, осуждение, утрата возможности реализовать себя и др.

Методика Томаса — Килманна на выявление ведущего поведения в конфликтной ситуации (авторы К. Томас, Р. Килманн, в адаптации Н.В. Гришиной)

Методика предназначена для изучения личностной предрасположенности к конфликтному поведению, выявления определенных стилей разрешения конфликтной ситуации. Методика может использоваться в качестве ориентировочной для изучения адаптационных и коммуникативных особенностей личности, стиля межличностного взаимодействия. Данный опросник показывает типичную реакцию человека на конфликт, ее эффективность и целесообразность, а также дает информацию о других возможных способах разрешения конфликтной ситуации. По мнению К. Томаса и Р. Килмана, в основании типологии конфликтного поведения лежат два поведенческих стиля: кооперация, связанная с вниманием человека к интересам других людей, вовлеченных в конфликт, и напористость, для которой характерен акцент на защите собственных интересов. Соответственно этим двум основным измерениям К. Томас выделяет следующие способы регулирования конфликтов:

а) конфронтация (соревнование, соперничество), которое выражается в стремлении добиться удовлетворения своих интересов в ущерб интересам другого человека;

б) приспособление (уступчивость), означающее, в противоположность соперничеству, принесение в жертву собственных интересов ради интересов другого;

в) компромисс как соглашение между участниками конфликта, достигнутое путем взаимных уступок;

г) уклонение (уход, игнорирование), для которого характерно как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей;

д) сотрудничество, когда участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон.

Возможности каждой из пяти стратегий:

1. Уклонение эффективно в ситуациях, когда партнер обладает объективно большей силой и использует ее в конфликтной борьбе. В общении со сложной конфликтной личностью используйте любую возможность, чтобы избежать конфликта: в этом нет ничего постыдного или унижительного. Избегание приносит положительные плоды, являясь временной отсрочкой в решении конфликта: пока на руках мало данных или нет психологической уверенности в своей позиции. Временно уйти от проблемы, чтобы в дальнейшем решить ее окончательно — это часто единственно верная стратегия.

2. Приспособление естественно в ситуациях, когда затронутая проблема не так важна для человека, как для его оппонента, или отношения с оппонентом представляют собой самостоятельную ценность, значимее достижения цели. Это непредсказуемая по своим последствиям стратегия. Если отказ от цели не стоил человеку большого труда, уступчивость может положительно сказаться на его самооценке и отношениях с партнером. Очень важно чувствовать, что другой заметил и оценил жертву. В противном случае остается чувство досады, обиды и, следовательно, почва для эмоционального конфликта.

3. Конфронтация — стратегия для серьезных ситуаций и жизненно важных проблем, зачастую она эффективна в экстремальных ситуациях. Противоборство оправданно, если цель чрезвычайно важна или если человек обладает реальной силой и властью, уверен в своей компетентности. Если власти и силы недостаточно, можно увязнуть в конфликте, а то и вовсе проиграть. Кроме того, применение конфронтации для решения проблем в личных отношениях чревато отчуждением.

4. Сотрудничество — это не столько стратегия поведения, сколько стратегия взаимодействия. Она незаменима в близ-

ких, продолжительных и ценных для обоих партнеров отношений, при равенстве статусов и психологической власти. Она позволяет партнерам разрешить конфликт, не отказываясь от своих реальных целей. Всем хорошо сотрудничать, кроме одного. Это длинная история. Нужно время, чтобы проанализировать потребности, интересы и опасения обеих сторон, а затем тщательно обсудить их, найти наилучший вариант их совмещения, выработать план решения и пути его выполнения и т.д. Сотрудничество не терпит суеты и спешки, но позволяет решить конфликты полностью. Если времени нет, можно прибегнуть к компромиссу как к «заменителю» сотрудничества.

5. Компромисс, или квазисотрудничество, или торг о взаимных уступках. Эффективен в ситуациях, требующих быстрого исхода. «Дележ» потребностей бывает необходим для сохранения отношений, особенно в тех случаях, когда возместить интересы сторон невозможно. Компромисс редко приносит истинное удовлетворение результатом конфликтного процесса. Любые варианты дележа — пополам, поровну, по-братски — психологически несправедливы. И это понятно: цель полностью не достигнута, некоторая часть брошена на алтарь позитивного исхода конфликта, но оценить жертву некому, так как оппонент так же пострадал, как и вы сами.

Принципы эффективного разрешения конфликтов

Наиболее распространенные способы разрешения конфликтов в медицинской практике:

- досудебный: разрешение конфликта на первичном уровне «медицинский персонал — пациент», заведующим отделением, администрацией ЛПУ, этическим комитетом;

- судебный: органами государственной юрисдикции, органами негосударственной юрисдикции — специализированными третейскими судами.

В 99 % случаев при вынесении разрешения конфликта на уровень судебного разбирательства суд выигрывает пациент! Именно поэтому так важно разрешить конфликт еще на досудебном уровне.

Первое, с чего начинается разрешение любых конфликтных ситуаций, это признание существующих между оппонентами противоречий. После этого необходимо определить предмет спора, очертить границы взаимных претензий и выявить позиции сторон.

Совместный поиск выхода из конфликтной ситуации предполагает соблюдение ряда условий:

- отделить реальные причины конфликта от инцидента (формального повода для начала столкновения);
- сконцентрировать внимание на существующих проблемах, а не на личных эмоциях;
- действовать по принципу «здесь и сейчас» (не оставляя конфликтную ситуацию «на потом»);
- создавать обстановку равного участия в поисках возможных вариантов урегулирования конфликта (давать оппоненту возможность высказаться);
- говорить только за себя; уметь слышать и слушать другого;
- соблюдать уважительное отношение к личности оппонента — говорить о фактах и событиях, а не о качествах той или иной личности;
- создавать климат взаимного доверия и сотрудничества.

Правильное поведение в напряженной конфликтной ситуации состоит из двух фаз.

Фаза 1. Настройка на партнера. Не замыкайтесь в беседе на себе, на своем состоянии, на своих мыслях. Старайтесь смотреть в глаза партнеру, на его лицо, руки, позу, следить за изменениями выражения лица и позы. Попробуйте мысленно встать на место партнера и понять, какие события привели его в конфликтное состояние. Попробуйте поставить себя на место партнера и почувствовать: «А каково бы было мне в этом состоянии?».

Фаза 2. Перестройка поведения партнера. Дайте партнеру выговориться и сделайте паузу (техника выравнивания напряжения). Скажите о том впечатлении, которое производят на вас слова партнера, а также о состоянии: а) своем; б) партнера. Подчеркните свою общность с партнером, значимость мнений и суждений партнера для вас. Обратитесь к фактам. В случае вашей неправоты немедленно признайте ее и предложите выход из ситуации. Сохраняйте самообладание, ведите себя корректно и даже

подчеркнуто вежливо. Если партнер слабее вас или имеет более низкий статус, покажите ему, что вы понимаете его состояние.

Рекомендации по конструктивному преодолению конфликтов:

- ограничение дискуссии определенными формальными рамками, что в значительной степени поможет избежать чрезмерного проявления эмоций;
- создание возможности совместного обсуждения проблемы
- конкретизация собственной точки зрения и понимание точки зрения других;
- создание атмосферы эмпатии даст возможность сторонам конфликта увидеть проблему глазами оппонента и признать его мнение;
- выбор новых путей разрешения конфликта.

Методы регуляции конфликта

Пока присутствуют все элементы структуры конфликта (кроме повода), то он неустраним. Попытка прекратить конфликтную ситуацию силовым давлением либо уговорами приводит к нарастанию, расширению его за счет привлечения новых лиц, групп или организаций. Необходимо устранить хотя бы один из существующих элементов структуры конфликта

Разрешение конфликта — это деятельность участников, которая направлена на устранение противодействия и решения проблемы, приведшей к столкновению.

В процессе разрешения конфликта важно участие обеих сторон:

- структурные механизмы, касающиеся налаживания порядка в компании:
 - координационные механизмы — субординация;
 - интеграционные механизмы;
 - система поощрения;
 - постановка целей и объяснение задач работы для каждого сотрудника;
- межличностные, охватывающие отношения между работниками и руководством:
 - уклонение: уход/избегание спорных ситуаций;

- сглаживание: путем уговоров навязывается мнение, затем прорыв эмоций;
- принуждение: заставляют принять другую точку зрения с помощью аргументов, авторитета и власти, силы и т.д. Принуждение всегда вызывает отрицательные эмоции. Человек, который применяет этот стиль, ведет себя агрессивно, и его не интересует чужое мнение;
- компромисс: добровольно полностью или частично принимается сторона другого участника, однако на ранних стадиях развития конфликта не является целесообразным;
- сотрудничество: участники конфликта признают право каждого на собственное мнение и готовы понять друг друга.

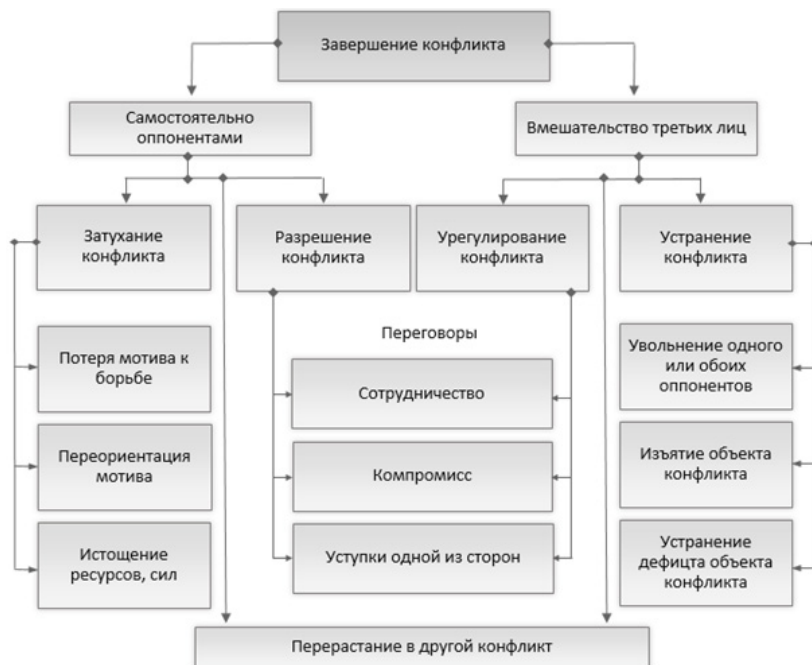


Рис. 5. Технология завершения конфликта

Первый этап — определение цели, которую нужно реализовать.

На втором этапе следует найти решение, наиболее подходящее для обеих сторон.



Рис. 6. Зависимость способа разрешения конфликта от стратегий, выбираемых оппонентами

На третьем этапе стоит сосредоточиться на проблеме, по максимуму поделиться информацией.

На четвертом этапе нужно создать дружелюбную атмосферу для улаживания спорной ситуации.

А на пятом этапе — сделать выбор в пользу того или иного решения, ссылаясь на аргументы.

Ятрогении: определение, классификация, причины

Ятрогения — это вид психогенного расстройства, возникающий вследствие неправильного поведения медицинских работников.

История обращения к данному понятию относится еще к древности. Медицинские работники отметили опасность своей деятельности для пациентов. IV в. до н.э. (клятва Гиппократ: «... буду оберегать больных от всего вредного и непригодного для них»). На ее основе разработаны принципы лечения: не навреди (!) — первая заповедь медика. В 1925 г. была опубликована работа немецкого ученого О. Бумке «Врач как причина душевных расстройств».

Ятрогении — изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным словом врача или неправильным пониманием медицинской литературы (О. Бумке, 1925).

В медицине рассматривается как ятрогенное заболевание, т.е. заболевание, «обусловленное неосторожными высказываниями или поступками врача (или другого лица из числа медицинского персонала), неблагоприятно воздействующими на психику больного».

По МКБ-10 ятрогении — это любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти, а также осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача.

В 2014 г. опубликовано национальное руководство по судебной медицине, в котором имеется отдельная глава под названием «Неблагоприятные последствия медицинской помощи (ятрогении)». «Ятрогения (с судебно-медицинской точки зрения) — это причинение вреда здоровью пациента, находящееся в прямой или косвенной связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических или реабилитационных мероприятий».

Понятие «ятрогения» — составная часть понятия «неблагоприятные последствия лечения (НПЛ)»:

- Неблагоприятные последствия лечения — различные осложнения, возникающие при проведении диагностических процедур (пневмоторакс после катетеризации подключичной вены и т.д.).

- Побочный эффект — неблагоприятное последствие диагностической процедуры или фармакотерапии, выполненных в соответствии с существующими стандартами, но приведших к осложнениям и ущербу для здоровья (например, бронхоспазм).

- Врачебная ошибка — добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, атипичного течения заболеваний, недостаточной компетентности врача (при исключении элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества) (например, неправильный диагноз).

Классификация ятрогений

Классификация ятрогений основана на причинных факторах:

- психогенных: неврозы, неврастения, психозы, ипохондрии, фобии, истерии, депрессивные настроения. Причина: ознакомление с медицинской картой, изучением литературы и т.д. Встречаются у мнительных пациентов;

- лекарственных: аллергические реакции (сыпь, шоковые реакции, отеки). Лекарственные зависимости и психозы при отмене препаратов у лиц пожилого возраста;

- травматических: физические травмы во время манипуляций, операции без достаточных показаний;

- инфекционных: заражения во время оказания помощи.

Различают следующие типы ятрогений:

1. Пациент не имеет серьезного органического заболевания, скорее функциональные расстройства, однако неправильно понимает слова врача, принимая свою болезнь как неизлечимую или тяжелую.

2. Наличие у пациента тяжелого заболевания, которое усугубляется вслед за неосторожными словами врача.

Клиника ятрогенных заболеваний

Ятрогенные заболевания чаще всего выражаются в двух формах — депрессией или ипохондрией.

Причины возникновения ятрогений:

1. Возрастающая частота контактов населения с медицинскими работниками.

2. Расширение спектра и увеличение повреждающей силы механических, физических и биологических факторов.

3. Повышение чувствительности многих современных людей к факторам повреждения, особенно психической, химической и биологической (инфекционной) природы.

4. Медицинские факторы субъективной природы: проблема безопасности медицинской помощи, низкий уровень подготовки врачей и т.д.

Признаки ятрогений (по О. Бумке):

1. Участие врачебного совета в их возникновении неизвестно самому врачу.

2. Факт и причина ятрогении устанавливается другим врачом, часто через какое-то время.

3. Может быть следствием использования врачом специальной лексики, которую больной не понимает, но интерпретирует применительно к себе в худшем смысле.

«...Ятрогения носит чисто психологический характер и является прямым или косвенным результатом внушения врача всегда помимо воли или даже помимо сознания больного». Ятрогении — болезни, «имеющие исходным пунктом поведение врача» (А.Р. Лурия).

Вариантом ятрогенных заболеваний являются так называемые «болезни третьего курса», когда студент-медик, изучая пропедевтику внутренних болезней, находит у себя симптомы несуществующего заболевания.

Впервые понятие ятрогений расширил И.А. Кассирский, который определил ятрогенные заболевания как «болезни функциональные и органические», непосредственной причиной которых являются действия врача. Многие случаи ятрогений И.А. Кассирский объяснял тем, что врачи не владеют методами медицинской психологии, психотерапии, психопрофилактики.

Классификация ятрогений (по И.А. Кассирскому):

1) прямое травмирование больного неумелым подходом врача, медицинского персонала;

2) не прямое травмирование, связанное с чтением медицинской литературы;

3) ятрогенное заболевание, в основном связанное с личностными свойствами пациента, склонного к психопатическим, психостеническим, навязчивым реакциям;

4) неправильное проведение врачом инструментального исследования, ошибочное введение лекарств;

5) даже успешное лечение какого-либо заболевания специалистом того или иного профиля может вызвать возникновение другого заболевания, требующего компетенции врача другой специальности.

Психосоциальные факторы ятрогений:

- авторитет врача;
- психическая реактивность больного;
- микросоциальная среда.

Источники ятрогений:

1. Общение с врачом.
 - Невербальное поведение врача.
 - Информирование пациента:
 - эмоциональная оценка врачом состояния больного;
 - неудачные сравнения;
 - шутки врача.
 - Немая ятрогения.
 - Операции под местной анестезией.
 - Беседы с родственниками после консультации.
2. Общение со средним и младшим медицинским персоналом.
3. Общение со сведущими в медицине родственниками больных.
4. Рентгенологические, лабораторные и инструментальные методы исследования.
5. Доступность медицинской литературы.

Тестовые вопросы для самоконтроля

1. Столкновение противоположных позиций на основе противоположно направленных мотивов или суждений — это:
 - А) конфликт;
 - Б) борьба;
 - В) дискуссия;
 - Г) решение проблемы.
2. Внутренние конфликты:
 - А) межличностные;
 - Б) между личностью и группой;
 - В) внутриличностные;
 - Г) межгрупповые.
3. Стратегия поведения в конфликте, уменьшающая недоброжелательность и позволяющая относительно быстро разрешить конфликт:
 - А) настойчивость;
 - Б) компромисс;
 - В) уклонение (уход);
 - Г) приспособление (уступчивость).

4. Самые высокие возможности разрешения конфликта — на фазе:

- А) начальной;
- Б) подъема;
- В) пике конфликта;
- Г) спада.

5. Конфронтация как стиль поведения в конфликте выбирается в том случае, когда:

- А) есть силы: власть, авторитет, связи;
- Б) есть уверенность, что вариант решения беспроигрышен;
- В) нет другого решения;
- Г) столкновение происходит между равными по рангу субъектами.

6. Уклонение от конфликта используется преимущественно тогда, когда:

- А) проблема конфликта не является существенной;
- Б) чувствуется неправота;
- В) необходимо выиграть время;
- Г) необходимо избегать дальнейших контактов.

7. Уступка как стиль поведения в конфликте выбирается, когда:

- А) субъект конфликта не уверен в своих силах;
- Б) у субъекта высокий статус;
- В) важнее спокойствие, хорошие отношения;
- Г) нет особой выгоды от конфликта.

8. Наиболее частая причина конфликтов «врач – больной»:

- А) кризис отношений;
- Б) несвоевременность оказания медпомощи;
- В) высокий уровень образования пациента.

9. Определите тип конфликтной личности: хочет быть в центре внимания; хорошо приспосабливается к различным ситуациям; планирование деятельности ситуативно; кропотливой систематической работы избегает:

- А) ригидный;

- Б) неуправляемый;
- В) демонстративный;
- Г) сверхточный;
- Д) бесконфликтный.

10. Наиболее эффективная тактика предотвращения конфликта при отказе пациента соблюдать рекомендации:

- А) дистанцироваться от пациента;
- Б) конфронтировать, доказывая точку зрения;
- В) принимающее реагирование;
- Г) преждевременные действия, альтернативы.

Список литературы по теме

1. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология: учебник для вузов. — М.: Эксмо, 2009. — 512 с.
2. Бороздина Г.В. Психология делового общения. — М.: ИНФРА-М, 2004. — 295 с.
3. Емельянов С.М. Практикум по конфликтологии. — СПб.: Питер, 2009. — 384 с. — (Серия: Практикум).
4. Кибанов А.Я. и др. Конфликтология: учебник / под ред. А.Я. Кибанова. — М.: ИНФРА-М, 2009. — 302 с. — (Серия: Высшее образование).
5. Козырев Г.И. Основы конфликтологии. — М.: ИНФРА-М, 2007. — 319 с.
6. Солондаев В.К., Олендарь Н.В., Конева Е.В. Конфликт в связи с педиатрической помощью: системный анализ [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. — 2016. — № 4 (39). — URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 03.03.2021).

Практическая часть

Стиль поведения в конфликте

С помощью адаптированной Н.В. Гришиной методики американского социального психолога К.Н. Томаса (1973) определяют типичные способы реагирования на конфликтные ситуации.

По каждому из пяти разделов опросника (соперничество, сотрудничество, компромисс, избегание, приспособление) подсчитывается количество ответов, совпадающих с ключом.

Ключ:

Соперничество: 3а, 6б, 8а, 9б, 10а, 13б, 14б, 16б, 17а, 22б, 25а, 28а.

Сотрудничество: 2б, 5а, 8б, 11а, 14а, 19а, 20а, 21б, 23а, 26б, 28б, 30б.

Компромисс: 2а, 4а, 7б, 10б, 12б, 13а, 18б, 20б, 22а, 24б, 26а, 29а.

Избегание: 1а, 5б, 7а, 9а, 12а, 15б, 17б, 19б, 21а, 23б, 27а, 29б.

Приспособление: 1б, 3б, 4б, 6а, 11б, 15а, 16а, 18а, 24а, 25б, 27б, 30а.

Полученные количественные оценки сравниваются между собой для выявления наиболее предпочитаемой формы социального поведения испытуемого в ситуации конфликта, тенденции его взаимоотношений в сложных условиях.

Текст методики

1. а) Иногда я предоставляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса;
б) Вместо того чтобы обсуждать то, в чем мы расходимся, я стараюсь обратить внимание на то, в чем мы оба согласны.
2. а) Я стараюсь найти компромиссное решение;
б) Я пытаюсь уладить его с учетом всех интересов другого человека и моих собственных.
3. а) Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего;
б) Иногда я жертвую своими собственными интересами ради интересов другого человека.
4. а) Я стараюсь найти компромиссное решение;
б) Я стараюсь не задеть чувств другого человека.
5. а) Улаживая спорную ситуацию, я все время пытаюсь найти поддержку у другого;
б) Я стараюсь делать все, чтобы избежать бесполезной напряженности.

6. а) Я пытаюсь избежать неприятности для себя;
б) Я стараюсь добиться своего.
7. а) Я стараюсь отложить решение спорного вопроса, с тем чтобы со временем решить его окончательно;
б) Я считаю возможным в чем-то уступить, чтобы добиться другого.
8. а) Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего;
б) Я первым делом стараюсь определить то, в чем состоят все затронутые интересы и спорные вопросы.
9. а) Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникших разногласий;
б) Я предпринимаю усилия, чтобы добиться своего.
10. а) Я твердо стремлюсь добиться своего;
б) Я пытаюсь найти компромиссное решение.
11. а) Первым делом я стремлюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и спорные вопросы;
б) Я стараюсь успокоить другого и главным образом сохранить наши отношения,
12. а) Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры;
б) Я даю возможность другому в чем-то остаться при своем мнении, если он также идет навстречу.
13. а) Я предлагаю среднюю позицию;
б) Я настаиваю, чтобы все было сделано по-моему.
14. а) Я сообщаю другому свою точку зрения и спрашиваю о его взглядах;
б) Я пытаюсь показать другому логику и преимущество моих взглядов.
15. а) Я стараюсь успокоить другого и сохранить наши отношения;
б) Я стараюсь сделать все необходимое, чтобы избежать напряжения.

16. а) Я стараюсь не задеть чувств другого;
б) Я обычно пытаюсь убедить другого в преимуществах моей позиции.
17. а) Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего;
б) Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности.
18. а) Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своем;
б) Я дам другому возможность остаться при своем мнении, если он идет мне навстречу.
19. а) Первым делом я пытаюсь определить то, в чем состоят все затронутые интересы и спорные вопросы;
б) Я стараюсь отложить спорные вопросы с тем, чтобы со временем решить их окончательно.
20. а) Я пытаюсь немедленно преодолеть наши разногласия;
б) Я стараюсь найти наилучшее сочетание выгод и потерь для нас обоих.
21. а) Ведя переговоры, стараюсь быть внимательным к другому;
б) Я всегда склоняюсь к прямому обсуждению проблемы.
22. а) Я пытаюсь найти позицию, которая находится посередине между моей и позицией другого человека;
б) Я отстаиваю свою позицию.
23. а) Как правило, я озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас;
б) Иногда предоставляю другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.
24. а) Если позиция другого кажется ему очень важной, я стараюсь идти ему навстречу;
б) Я стараюсь убедить другого пойти на компромисс.
25. а) Я пытаюсь убедить другого в своей правоте;
б) Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к аргументам другого.

26. а) Я обычно предлагаю среднюю позицию;
б) Я почти всегда стремлюсь удовлетворить интересы каждого из нас.
27. а) Зачастую стремлюсь избежать споров;
б) Если это сделает другого человека счастливым, я дам ему возможность настоять на своем.
28. а) Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего;
б) Улаживая ситуацию, я обычно стремлюсь найти поддержку у другого.
29. а) Я предлагаю среднюю позицию;
б) Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за возникающих разногласий.
30. а) Я стараюсь не задеть чувств другого;
б) Я всегда занимаю такую позицию в споре, чтобы мы совместно могли добиться успеха.

Тема 9

Работа с трудными пациентами. Проблема суицида. Паллиативная помощь

1. Общение с трудными пациентами. 2. Типология трудных пациентов. 3. Характеристика суицидального поведения. 4. Типология суицидов. 5. Паллиативная медицина и паллиативная помощь.

Общение с трудными пациентами

Трудный пациент: речь идет не о трудностях диагностики того или иного заболевания, т.е. не о болезни как таковой, а об особенностях личности и поведения пациента, точнее об акцентуированной личности с рядом свойственных ей поступков, жалоб, его некомплаентностью и иногда имитацией тяжелого заболевания.

Факторы, изменяющие поведение больного, затрудняющие его контакты с врачом. К ним прежде всего можно отнести проблемы, связанные с особенностями самого заболевания: 1) редкие заболевания и синдромы, о которых даже опытный врач может не знать или не помнить (например, невралгия якобсонова нерва); 2) атипично протекающие заболевания (например, дебют оптикомиелита с дискинезией взора); 3) атипичный синдром (например, описанный нами синдром «альтернативная анестезия плюс агевзия», ошибочно принимаемый за вариант синдрома Валленберга – Захарченко).

Еще одна проблема, в связи с которой пациент может оказаться «трудным», — лечение.

Следующая проблема — некомплаентность, которая может зависеть не только от пациента, но и от врача.

Трудный пациент — это больной, представляющий для квалифицированного врача серьезные затруднения при диагностике или лечении потенциально курабельного заболевания. Алгоритм действий врача в этом случае должен быть следующим: оценка комплаентности; детальная проработка анамнеза пациента и особенностей его семьи; ревизия соматического статуса; оценка пси-

хического статуса (консультация клинического психолога, психиатра); определение маркеров заболевания (если таковые имеются) в биологических жидкостях; консультация специалиста-генетика и других специалистов в соответствии с характером заболевания; информационный поиск.

Типология трудных пациентов

К «трудным» относятся следующие категории пациентов:

Интровертированные больные: замкнутость на внутреннем мире, трудности установления контакта, односложность и лаконичность ответов (игнорируются детали, важные для врача, обнаруживаются только после длительных расспросов). Пожилые люди с нарушениями психической деятельности на фоне прогрессирующего атеросклероза (I70) со снижением памяти, нарушением концентрации внимания, с интеллектуальным снижением или неадекватными эмоциями, не соответствующими физическому состоянию (например, пациенты в состоянии эйфории при наличии тяжелого соматического заболевания).

Тревожно-мнительные больные. Постоянно обдумывают трудности, проблемы, которые могут встретиться в будущем. Озабочены возможными рецидивами, осложнениями болезни, побочными действиями лекарств. Постоянно сомневаются, требуют консультации врачей. Тщательно изучают все показания, противопоказания, побочные действия препарата, обсуждают необходимость принятия именно этого, а не какого-либо другого средства со сходным механизмом действия. Не верят в правильность лечения, даже после многократных консультаций советуются с окружающими. Назначение новых лекарств — новая волна тревоги.

Депрессивные пациенты (F32) с высоким риском суицидального поведения. Депрессия — утрата жизненной перспективы. «Депрессивная блокада» может приводить к мыслям о суициде. Задать вопрос: «Каковы ваши планы на будущее?». Если больной на этот вопрос ответить не может, то это часто означает, что депрессивное состояние (F32) еще сохраняется. У больного, потерявшего надежду на выздоровление, возможны суицидальные тенденции. Высокий уровень депрессии отмечается у больных

хронической почечной недостаточностью (N18), проходящих лечение гемодиализом, у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (I21), у онкологических больных.

Пресуицидальный синдром. Ряд признаков в поведении, настроении, самочувствии пациентов, позволяющих с определенной степенью достоверности прогнозировать у них суицидальные действия. Первые признаки депрессивного состояния — снижение активности, инициативы в контактах, утрата ранее значимых социальных интересов. «Поза эмбриона». Постепенно снижаются витальные потребности, появляются нарушения сна в виде ранних утренних пробуждений с тревогой и невозможностью уснуть. Возникают диспепсические расстройства, запоры, у женщин — нарушения менструального цикла. Для выраженного депрессивного состояния (F32) характерна так называемая «триада Протопопова»: тахикардия, запоры, расширение зрачков. В этот период у больных могут возникать суицидальные мысли и суицидальные действия (расспрашивают о возможности отравления при приеме того или иного средства, выбирают место). При демонстративно-шантажных суицидах, в отличие от истинных, напротив, время и место выбираются таким образом, чтобы вероятность помощи была наибольшей. Оживление активности больного с депрессивными чертами, которое полностью связано с выбором способа совершения суицида, является для медицинского персонала сигналом об опасности.

Врач как больной. Медицинские знания могут быть защитой от болезни, но и способствовать ухудшению состояния. Обычно врачи недооценивают у себя начальные признаки заболеваний. Психологическая реакция врача на свое заболевание представлена двумя этапами. Первый — анозогностический — до нескольких недель. Второй этап — панических реакций — связан с переоценкой серьезности признаков болезни, ожиданием осложнений, с пессимистическим взглядом в отношении диагноза и прогноза. На этом этапе врач становится «трудным» больным: он постоянно добивается повторных обследований, консультаций специалистов, занимается самолечением, не доверяет в полной мере своему лечащему врачу, подозревая, что тот обманывает его, скрывая тяжесть и безнадежность положения. Оказавшись в роли больного, врач начинает думать, что и от него скрывают тяжесть состоя-

ния и неблагоприятный прогноз. Под влиянием этих мыслей он становится подозрительным, недоверчивым, тревожным. При общении с таким пациентом, желательно, относясь с уважением к его профессиональному статусу, создать ему по возможности лучшие условия в стационаре: разрешить пользоваться телефоном, поместить в отдельную палату или в палату с меньшим числом больных, предоставить более свободный режим и доступ посетителей.

Характеристика суицидального поведения

Суицид — умышленное самоповреждение со смертельным исходом. Психологический смысл суицида чаще всего заключается в отреагировании аффекта, снятии эмоционального напряжения, ухода от тяжелой, кажущейся невыносимой ситуации.

Таблица 1

Классификация суицидального поведения

Суицидальный период	Феномен переживания	Переживание/ поведенческие акты
Пресуицидальный: • может длиться секунды; • может длиться годами (самый длительный период)	1. Синдром ожидания (здесь нет намерений суицида). 2. Осознанное отсутствие интереса к жизни (депрессия).	Антивитальные переживания (переживание отсутствия ценности жизни)
	3. Осознанное желание умереть	Внутреннее суицидальное поведение
2. Суицидальный	• Суицидальные мысли (замыслы); • суицидальные намерения; • суицидальная готовность; • суицидальные угрозы; • суицидальные попытки; • завершённый суицид	Внешнее суицидальное поведение
3. Постсуицидальный	Оценивается: • по отношению к суициду; • по времени	

Суицидальное поведение — аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничто-

жение и по крайней мере в минимальной степени мотивируемых явными или скрытыми интенциями к смерти.

О приближении суицида свидетельствует пресуицидальный период. Его продолжительность может варьировать от нескольких секунд до нескольких лет. Этот период является ранней стадией суицидального поведения, может быть проявлением незавершенных суицидальных действий, а также предшествовать суициду.

Период пресуицида характеризуется следующими особенностями: у человека появляются сначала недифференцированные мысли, размышления об отсутствии ценностей жизни, которые выражаются в формулировках типа «устал от такой жизни», «когда все это кончится?», «надоело все!» и т.п. Не имеется четкого представления о смерти, но имеется само отрицание жизни.

Этап, в котором проявляются суицидальные намерения, суицидальные мысли, суицидальная готовность, суицидальные угрозы, т.е. период, когда принято решение о самоубийстве, называют собственно суицидальным периодом.

Факторы риска суицидального поведения

Среди факторов риска суицидального поведения выделяют относительные факторы риска и факторы текущего состояния.

Относительные факторы риска суицидального поведения — это группа факторов, которая описывает принадлежность к группе риска, указывает на наличие предпосылок, увеличивающих риск суицидального поведения. К основным факторам суицидального риска принято относить социально-демографические, биографические, индивидуально-психологические, медицинские.

► Социально-демографические факторы суицидального риска.

1. Пол. Уровень суицидов у мужчин в 3–6 раз выше, чем у женщин. Уровень суицидальных попыток, наоборот, выше примерно в 1,5 раза среди женщин. 2. Возраст. Максимум суицидальных попыток приходится на молодой возраст — 20–29 лет. Уро-

вень суицидов увеличивается с возрастом и достигает максимума после 45 лет.

3. Семейное положение. Уровень суицидов выше среди лиц, не состоящих в браке, разведенных, вдовых, бездетных и проживающих в одиночестве.

4. Образование и профессиональный статус. Уровень суицидов выше среди лиц, имеющих высшее образование и высокий профессиональный статус. Увеличение риска суицидов связано с нарушением профессионального стереотипа и изменением социального статуса (потеря работы, выход на пенсию, статус безработного).

5. Религия. Уровни суицидов выше среди атеистов по сравнению с верующими.

► Биографические факторы суицидального риска.

1. Суицидальные попытки в прошлом. До 30 % лиц, совершавших суицидальные попытки, предпринимают повторные суицидальные действия. Риск повтора особенно высок в течение 3 мес после совершения суицидальной попытки.

2. Суицидальное поведение «значимых других». В некоторых случаях большое значение имеет копирование поведения эмоционально значимых лиц (родственников, друзей, кумиров, исторических личностей, религиозных лидеров).

3. Другие анамнестические факторы риска. Среди других биографических факторов риска часто выделяют наличие психической патологии у близких родственников, суицидов и суицидальных попыток в биографии биологических родственников, воспитание в условиях отсутствия родительской привязанности, систематическое насилие (физическое, психологическое, сексуальное) со стороны родных и близких, лиц из ближайшего окружения в возрасте 13–15 лет.

4. Переживаемый или недавний кризис. К этой группе факторов часто относят тяжелые напряженные межличностные отношения (в семье, профессиональной среде, с родными, близкими, лицами из ближайшего окружения), «безответная любовь», смерть близких родственников (детей, мужа, жены, особенно в преклонном возрасте), одиночество, социальная изоляция.

► Индивидуально-психологические факторы суицидального риска.

Данные факторы отражают не столько риск суицидального поведения, сколько возможность сниженной толерантности личности к эмоциональным нагрузкам, дезадаптивного поведения в условиях стресса. К таким факторам принято относить следующие личностные особенности:

1. Эмоциональная неустойчивость, особенно в периоды возрастных кризов (пубертатный — у подростков, инволюционный — у лиц преклонного возраста).

2. Эмоциональная зависимость, острая потребность в близких, но напряженных эмоциональных контактах с родными, близкими, лицами из ближайшего и профессионального окружения.

3. Импульсивность в поведении, максимализм, категоричность, незрелость суждений.

4. Неадекватная (завышенная или заниженная) самооценка.

5. Напряженность потребностей, сильно выраженное желание достижения целей.

6. Низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, устранению стрессового фактора.

7. Тревожность и гипертрофированное чувство вины.

8. Отсутствие глубоких эмоциональных связей, острая потребность любви к себе со стороны близких и любимых людей (в юношеском возрасте утрата значимой связи означает крах). Эта особенность формируется, как правило, в неполных семьях с «женским воспитанием».

► Медицинские факторы суицидального риска

1. **Психическая патология.** Психические расстройства являются серьезнейшим фактором риска суицида. Согласно результатам исследований ВОЗ, во многих случаях состояние человека на момент суицида соответствует критериям диагноза какого-либо психического расстройства. Самые частые среди них — расстройства настроения, расстройства личности и зависимость от психоактивных веществ, шизофрения и другие психозы.

Депрессия. Риск суицида у пациентов, страдающих депрессией, является очень высоким (8–30 %) независимо от характера и течения расстройства.

Синдром зависимости от алкоголя. От 10 до 22 % лиц, совершающих суицид, страдают алкогольной зависимостью.

Синдром зависимости от наркотиков. Риск совершения суицида возрастает в 15–30 раз у лиц, страдающих наркотической зависимостью.

Шизофрения. Риск суицида в этой группе составляет 10–12 %.

Расстройства личности. Максимальный риск суицидального поведения (3–9 %) связан с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, для которого характерны быстрые смены настроения, напряженные межличностные отношения, импульсивность, чувство «опустошенности» и «бессмысленности», мышление в «черно-белых тонах».

Другие психические расстройства. Высокий суицидальный риск может быть связан с такими расстройствами, как нервная анорексия, паническое расстройство, расстройства, связанные со стрессом, и др.

2. Соматическая патология. Связь между соматической патологией и суицидальным поведением очень велика. По данным исследований, примерно 70 % людей, совершающих самоубийство, страдают острым или хроническим заболеванием на момент смерти. Около 50 % из этой группы страдают сочетанием психического расстройства и соматического заболевания. Наибольший риск суицида связан со следующими состояниями: эпилепсия; онкологические и заболевания органов кроветворения; сердечно — сосудистые заболевания (ИБС); заболевания органов дыхания (астма, туберкулез); врожденные и приобретенные уродства; потеря физиологических функций; ВИЧ-инфекция; состояния после тяжелых операций и трансплантации донорских органов и тканей; среди больных с искусственной почкой. Наиболее опасной ситуацией в отношении совершения суицидальных действий является сочетание нескольких факторов риска суицидального поведения как из одной группы факторов, так и из нескольких групп факторов.

► Факторы текущего состояния

Эта группа факторов описывает реальное поведение человека, его текущее психологическое состояние, собственно представляет собой признаки суицидального поведения. Практически

90 % лиц, совершающих самоубийство, в течение последней недели (или более продолжительного срока) перед самоубийством демонстрируют так называемые предвестники самоубийства — доступные для наблюдения факты, явления, предваряющие и в каком-то смысле предсказывающие предстоящее самоубийство. Люди прямо или косвенно дают понять, что собираются вскоре уйти из жизни.

Словесные предвестники — это угрозы совершить самоубийство или слова о подобном решении. Нередко высказывания носят прямой характер («Я покончу с собой»), но чаще суицидальные тенденции проявляются в косвенных угрозах типа: «Не хочу быть больше обузой...», «Лучше не жить, чем так страдать...», «Теперь я больше никого не побеспокою...», «Я вам больше не помешаю...», «Вы меня больше не увидите...» и т.п. Такие высказывания можно трактовать как прощание или намеки на то, что в ближайшее время человека не станет («В следующем году меня уже здесь не будет», «Мы видимся в последний раз», «Вы меня больше не увидите», «Спасибо за все», «Без меня жизнь хуже не будет», «Скоро я перестану мучиться (или вас мучить)»). Это могут быть разговоры или фантазии о собственной смерти, о загробном мире, переселении душ или вопросы об этом («Ты веришь в переселение душ?», «Когда-нибудь я, может быть, вернусь в этот мир» и т.п.).

Поведенческие предвестники самоубийства. Это резкие изменения привычного поведения человека. То есть оно резко меняется, как-то вдруг, непонятно почему, неожиданно для вас. Существенно не то, что это поведение не соответствует общепринятым нормам, а то, что оно не такое, каким было раньше. Изменения в поведении человека могут быть самыми разными: необычное для данного индивида или социального контекста поведение, смена стереотипа поведения. Например, прекращение всех социальных контактов, эмоциональное «оцепенение» в ситуации стресса, неадекватное ситуации «приподнятое» настроение, «эпатирующее» поведение, эскейп-реакции (уход из дома). Необходимо обращать внимание, когда сдержанный, немногословный, замкнутый человек неожиданно для окружающих начинает много шутить, смеяться, болтать — в таких случаях стоит присмотреться к нему. Такая перемена иногда свидетельствует о глубоко переживаемом

одиночестве, которое человек стремится скрыть под маской веселья и беззаботности. Другим тревожным симптомом является снижение энергетического уровня, усиление пассивности, безразличие к общению, жизни. В некоторых случаях человек становится замкнутым, обособленным, стремится к уединению и отчуждению, «уходит в себя». Стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Но будьте начеку, когда замкнутость, изоляция становятся глубокими и длительными, когда человек уходит в себя, сторонится друзей и товарищей.

1. Признаки «прощания». Например, раздача подарков, долгов окружающим. Некоторые люди, планирующие суицид, предварительно раздают близким, друзьям свои вещи. Как показывает опыт, эта акция — прямой предвестник грядущего несчастья. В таком случае рекомендуется серьезная и откровенная беседа для выяснения намерений человека.

2. Степень планирования суицида. Четкие представления человека о времени, месте и способе суицидальных действий связаны с большим риском их реализации.

3. Наличие средств суицида (накапливание медикаментов, наличие огнестрельного оружия, ядохимикатов и пр.). Риск увеличивается при наличии доступа к средствам, о которых думает человек, склонный к суициду.

4. Нарушение сна. Человек спит весь день, или, наоборот, теряет сон, пробуждается на несколько часов раньше, и особенно в эти часы беспокоят наиболее тягостные мысли и переживания.

5. Человек перестает следить за внешним видом, пренебрегает личной гигиеной.

6. Резкое снижение успеваемости в школе или успешности на работе.

7. Употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ.

8. Нарушение аппетита. Отсутствие или, наоборот, повышенный аппетит тесно связаны с саморазрушающими мыслями и должны всегда рассматриваться как критерий потенциальной опасности.

9. Капризность, привередливость. Каждый из нас время от времени хандрит. Это состояние может быть вызвано погодой, самочувствием, усталостью, служебными или семейными неуряди-

цами и т.п. Но когда настроение человека чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, налицо причины для тревоги. Существуют веские свидетельства, что подобные эмоциональные колебания являются предвестниками суицида.

10. Страх, тревога. Различные варианты тревоги (тревожно-фобическое, паническое расстройство) увеличивают риск совершения самоубийства.

11. Агрессивность. Многим актам самоубийства предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости к окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом суицидента обратить на него внимание, помочь ему. Однако подобный призыв обычно дает противоположный результат — неприязнь окружающих, их отчуждение от суицидента. Вместо понимания человек добивается осуждения со стороны окружающих.

12. Безнадежность. Можно сказать, что человек «не видит» будущих перспектив, возможности продолжения своей жизни, а если и видит, то только в мрачно окрашенных тонах, наполненной тяжелыми переживаниями.

13. Тяжесть психосоциального стрессора. Каждый человек имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К его слому может привести крупное эмоциональное потрясение или цепь мелких травмирующих переживаний, которые постепенно накапливаются. Расставание с родными, домом, привычным укладом жизни, столкновение со значительными физическими и моральными нагрузками, незнакомая обстановка и атмосфера могут показаться человеку трагедией его жизни. Если к этому добавляется развод родителей, смерть или несчастье с кем-либо из близких, личные невзгоды, у него могут возникнуть мысли и настроения, приводящие к суициду. Около 10 % самоубийц не дают никаких сигналов (предвестников). Они способны скрывать свои планы и внешне выглядеть вполне нормально.

Типология суицидов

Суициды делятся на три основные группы: истинные, демонстративные и скрытые.

- Истинный суицид направляется желанием умереть. В большинстве случаев такому суициду предшествует депрессивное со-

стояние, размышления и переживания по поводу смысла жизни, суицидальные мысли и намерения (за исключением иногда суицидов, направляемых галлюцинаторными переживаниями или бредовыми идеями).

- Демонстративный суицид не связан с желанием умереть как таковым и является способом привлечь внимание к своим проблемам и/или добиться желаемого путем шантажа (демонстративно-шантажное суицидальное поведение). Смертельный исход в этом случае является лишь случайностью.

- Скрытый суицид (косвенное самоубийство) — аутоагрессивные действия, сопровождающиеся высокой вероятностью смертельного исхода. Скрытый суицид включает широкий диапазон явлений, начиная от экстремального вождения автомобиля, занятием экстремальными видами спорта без надлежащей тренировки и экипировки, и заканчивая отказом от медицинской помощи при тяжелых соматических заболеваниях, добровольными поездками в горячие точки и употреблением тяжелых наркотиков.

Паллиативная медицина и паллиативная помощь

Паллиативная медицина — это подход, направленный на улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, находящихся перед лицом жизнеугрожающего заболевания, путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, точной оценке и лечению боли и других проблем физического, психического, психосоциального и духовного характера.

Паллиативная медицинская помощь охватывает период от момента постановки диагноза неизлечимого заболевания до конца периода тяжелой утраты; длительность этого периода может варьировать от нескольких лет до недель или (реже) дней.

Терминальная помощь — составляющая часть паллиативной помощи, которая оказывается пациенту в период, когда смерть неизбежна и произойдет в течение последующих нескольких часов или нескольких дней.

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс действий, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания. Применяется в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан

(ст. 36 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

В соответствии с принципами, провозглашенными ВОЗ, паллиативная помощь:

- 1) утверждает жизнь и рассматривает смерть как естественный процесс;
- 2) создает условия для активной жизни пациента, насколько это возможно, до самого конца;
- 3) не имеет намерений ни отсрочить, ни приблизить наступление смерти;
- 4) предлагает помощь семье пациента во время его болезни и в период тяжелой утраты;
- 5) использует мультидисциплинарный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи.



Рис. 7. Компоненты целостного подхода в паллиативной помощи

Главная задача паллиативной медицинской помощи — улучшение качества жизни пациента, что может, в свою очередь, положительно влиять на течение болезни. При достаточно своевременном начале мероприятий и в совокупности с другими метода-

ми лечения и поддержки паллиативная медицинская помощь может продлить жизнь больного.

Цель паллиативной помощи — достижение насколько возможно наилучшего качества жизни больных и членов их семей.

Качество жизни (ВОЗ) — это индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте культуры, систем ценностей этого общества и целей данного индивидуума, его планов, возможностей, степени общего неустройства.

Качество жизни — интегральная характеристика физического, психоэмоционального и социального функционирования человека, основанная на субъективном восприятии.

Принципы паллиативной помощи:

- 1) обеспечивает избавление от боли и других симптомов;
- 2) утверждает жизнь и считает умирание естественным процессом;
- 3) не имеет намерения ни приблизить и ни отсрочить наступление смерти;
- 4) включает в себя психологические и духовные аспекты помощи больному;
- 5) предлагает систему поддержки, позволяющую пациенту жить насколько возможно активно до самой смерти;
- 6) предлагает систему поддержки родственникам пациента во время его болезни и в период тяжелой утраты;
- 7) для удовлетворения всех нужд пациента и его семьи использует командный метод работы, в том числе при необходимости психологическое консультирование в период тяжелой утраты;
- 8) повышает качество жизни пациента и может оказать положительное влияние на течение заболевания;
- 9) начинается на ранних стадиях болезни в совокупности с другими методами лечения, направленными на продление жизни, такими как химиотерапия, радиотерапия, и включает исследования, необходимые для лучшего понимания и купирования неприятных клинических осложнений.

Целостный подход в паллиативной помощи предполагает внимание к четырем группам проблем:

- физические — симптомы (жалобы на недомогание) — например, боль, кашель, усталость, жар;
- психологические — тревоги, страхи, печаль, гнев;

- социальные — потребности семьи, проблемы, связанные с пропитанием, работой, жильем и взаимоотношениями;
- духовные — вопросы о смысле жизни и смерти, потребность в спокойствии (гармонии и согласии).

Тестовые вопросы для самоконтроля

1. К «трудным» пациентам относят пациентов:
А) чрезмерно общительных;
Б) с высокой комплаентностью;
В) врачей в качестве пациента.
2. Суицид, которому предшествует депрессивное состояние, размышления и переживания по поводу смысла жизни, суицидальные мысли и намерения:
А) демонстративный;
Б) скрытый;
В) истинный.
3. К индивидуально-психологическим факторам суицидального риска относят все, кроме:
А) эмоциональной зависимости;
Б) импульсивности в поведении;
В) неадекватной самооценки;
Г) умеренной мотивации достижения целей.
4. Переживание отсутствия ценности жизни характеризует период:
А) пресуицидальный;
Б) суицидальный;
В) постсуицидальный.
5. «Эскейп-реакция» относится к предвестникам суицида:
А) поведенческим;
Б) эмоциональным;
В) словесным.

6. Суицидальные попытки в прошлом приводят к повторным суицидальным действиям:

- А) в 10 % случаев;
- Б) 20 %;
- В) 30 %;
- Г) 40 %.

7. Риск суицида выше, если респондент имеет:

- А) низкий социальный статус;
- Б) возраст младше 18 лет;
- В) мужской пол;
- Г) статус многодетного.

8. Интегральная характеристика физического, психоэмоционального и социального функционирования человека, основанная на субъективном восприятии, — это:

- А) качество жизни;
- Б) субъективное благополучие;
- В) качество здоровья;
- Г) удовлетворенность жизнью.

9. Боль, активность, утомляемость, качество сна и аппетита характеризует ... аспект паллиативной помощи:

- А) духовный;
- Б) медицинский;
- В) психологический;
- Г) социальный.

10. Страх смерти, изменения в когнитивных процессах характеризует ... аспект паллиативной помощи:

- А) духовный;
- Б) медицинский;
- В) психологический;
- Г) социальный.

Список литературы по теме

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания. — М.: МГУ, 1984. — 240 с.
2. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. — СПб.: КЛИНТ, 1995. — 136 с.
3. Гнездилов А. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. — 2001. — № 1 (5). — С. 5–13.
4. Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / сост. А.Н. Моховиков. — Изд. 2-е, стер. — М.: Когито-Центр, 2013. — 569 с.
5. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. — Ростов н/Д.: Феникс, 2005. — 129 с.
6. Силаева В.Л. Суицидальные практики в Интернете // Человек. — 2008. — № 6 — С. 132–137.
7. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. — М., 2005. — 376 с.
8. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии // Суицидология: Прошлое и настоящее проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / сост. А.Н. Моховиков. — М.: Когито-Центр, 2001. — 354 с.

|||||

1. Психотерапия: определение, классификация, задачи.
2. Психодинамический подход. Структура личности по Фрейд.
3. Фрейд. Классический психоанализ: механизмы терапии и принципы работы с бессознательными процессами (анализ ассоциаций, ошибочных действий, сновидений, симптомов, переноса и контрпереноса).
3. Когнитивно-бихевиоральный подход. Выявление проблемного поведения и обучение новым формам поведения. Противообуславливающая терапия (работа с тревогой и страхами), когнитивно-бихевиоральная терапия в соматической практике (биологическая обратная связь, школы самоконтроля и др.).
4. Гуманистический подход: личность и самоактуализация, роль безусловного принятия, эмпатии, искренности в работе с пациентами.
5. Системный семейный подход: семья с точки зрения системного подхода, общие принципы работы с семьей.

Термин «психотерапия», под которым понималось лечение болезни воздействием разума на организм, в 1872 г. ввел Daniel Hack Tuke.

169

ключается в изменении личности больного на основе осознания причин и характера развития болезни и перестройки отношения больного к патогенным факторам болезни.

Психотерапия (по В.Е. Рожнову) — это комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь организм, с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде.

Психотерапия (по Е. Айви, 1987) — это процесс исправления, задача которого сформировать более эффективное мировоззрение.

Психотерапия (по В.В. Макарову) — это процесс психологического упорядочивания прошлого, настоящего и будущего, с целью достижения гармонии с собой и миром в настоящем.

Показания к психотерапии: психотерапия показана во всех случаях, когда нет противопоказаний.

Противопоказания к психотерапии:

- по жизненным показаниям необходимо не психотерапевтическое, а какое-то другое воздействие;
- психотерапия неэффективна;
- психотерапия противопоказана в связи с морально-этическими ограничениями.

Классификация методов психотерапии представляет значительную сложность. На сегодняшний день существует примерно 250 видов психотерапии, около 13 из них вошли в учебники.

Существует традиционное деление методов психотерапии в зависимости от лежащей в их основе психологической теории. В соответствии с теоретическим основанием выделяют психоаналитическую, когнитивно-поведенческую, экзистенциально-гуманистическую и трансперсональную психотерапию.

Б.Д. Карвасарским (1985) предложена классификация психотерапевтических методов на методы личностно-ориентированной психотерапии, методы суггестивной терапии, методы поведенческой терапии.

По направленности воздействия (К.П. Кискер, Г. Фрайбергер и др., 1999) методы психотерапии делят на методы, направленные на понимание и осмысление симптоматики, методы, на-

правленные на катарсис и новую эмоциональную переработку, и методы, направленные на изменение поведения (тренировочные методы).

Тем не менее возникают трудности при отнесении конкретного психотерапевтического метода к той или иной группе. Зачастую при ближайшем рассмотрении конкретные виды психотерапии обладают признаками, которые позволяют отнести их более чем к одному классу.

Представляется, что в практических целях методы психотерапии можно разбить на две группы в зависимости от «мишени» их воздействия:

1) глубинно-психологические методы (направленные на осмысление психологического конфликта, лежащего в основе симптоматики);

2) методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения.

Психотерапевтические воздействия также классифицируются в зависимости от объекта, на который они оказываются: индивидуальная психотерапия, семейная психотерапия, супружеская терапия, групповая психотерапия, детская психотерапия и пр. В целом все достаточно разработанные психотерапевтические методы являются универсальными и применимы ко всем перечисленным объектам.

Многоосевая классификация психотерапевтических методов (по В.В. Макарову)

Ось цели. Психотерапия может преследовать цели лечения, предупреждения, развития, диагностики, разрешения проблемы и пр.

Ось объекта. Объектов может быть только три — личность, семья, группа.

Ось места. Речь идет о месте психотерапии в общем процессе лечения пациента. Например, при соматических заболеваниях психотерапия только сопровождает лечебный процесс, играя вспомогательную роль. Или психотерапия играет равноправную роль наряду с другими методами лечения, например, при язвенной болезни желудка. Еще вариант — психотерапия

играет ведущую роль, а все остальные — вспомогательную (при неврозах).

Ось продолжительности. Выделяют четыре варианта:

- *сверхкороткая* (минуты, часы). Направлена на решение актуальных проблем и конфликтов, например, необходимо получить согласие пациента на необходимую или болезненную процедуру. Или повысить уровень комплайенса и выяснить, почему он не принимает назначенных препаратов;

- *короткая* (часы, дни). Также занимается актуальными проблемами, но более длительна. По стандартам это 15–30 сеансов. Примером может служить работа с человеком, потерявшим близкого, или разрешение какой-то семейной конфликтной ситуации. От сверхкороткой ее отличает то обстоятельство, что здесь возможен запуск процесса личностных изменений, который будет продолжаться после завершения лечения;

- *длительная* (месяцы). Занимается личностным содержанием проблем (трансактный анализ);

- *сверхмедленная* (годы). Занимается сознательным и бессознательным пациента (психоанализ).

Описательная ось. В настоящее время в мире имеется от 500 до 700 зарегистрированных методов психотерапии. При всем разнообразии психотерапевтических подходов можно выделить три основных направления:

- 1) психодинамическое: концепция личности представляет собой реализацию подхода, предполагающего рассмотрение психической жизни человека, психики с точки зрения динамики (взаимодействия, борьбы, конфликтов) ее составляющих (психических феноменов, аспектов личности) и их влияния на психическую жизнь и поведение человека. В качестве основы личностного развития и поведения здесь рассматриваются бессознательные психические процессы, которые выступают в качестве движущих сил, определяющих и регулирующих поведение и функционирование человека (З. Фрейд);

- 2) поведенческое: использует принципы научения для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих компонентов психической жизни. Развитие методических подходов связано с усложнением традиционной схемы «стимул – реакция» за счет введения промежуточных переменных — процессов, оппо-

средующих влияние внешних раздражителей на поведение человека (И.П. Павлов);

3) экзистенциально-гуманистическое: данное направление объединяется на основе единого понимания целей терапии: личностная интеграция, восстановление целостности и единства человеческой личности. Что может быть достигнуто с помощью переживания, осознания, принятия и интеграции собственного субъективного опыта и нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. Субъективная реальность, «здесь и сейчас», уникальность и целостность личности, свобода личности, ответственность за свою жизнь.

Задачи психотерапии:

1. Формирование психологической, психотерапевтической компетентности у будущих специалистов в сфере актуальных проблем психотерапии.

2. Развитие умений и навыков по оказанию психотерапевтической помощи населению с применением разных психотерапевтических техник и методов, с опорой на концептуальные и процессуальные положения.

3. Формирование психологической культуры, поскольку психотерапия является частью современной культуры и в настоящее время развивается на всех континентах в большинстве стран мира.

4. Объяснение болезни, недостаточного или искаженного развития, неполной самореализации, отсутствия гармонии с собой или с миром в психологических понятиях.

5. Лечение и предупреждение расстройства здоровья, недоразвития или неполной самореализации, достижения гармонии с собой и миром при помощи психологических духовных воздействий. Мировая психотерапия ориентирована не только на клиническое применение. Она оказалась в большой мере приложением к практике психологических и даже философских наук и ориентирована в значительной своей части на профессиональную помощь в разрешении психологических затруднений душевно здоровых людей.

6. Не только устранение душевного неблагополучия, но и улучшение качества внутренней жизни, внутреннего роста и расширение сознания.

Психодинамический подход. Структура личности по З. Фрейду. Классический психоанализ: механизмы терапии и принципы работы с бессознательными процессами (анализ ассоциаций, ошибочных действий, сновидений, симптомов, переноса и контрпереноса)

Психоанализ, психоаналитическая и психодинамическая терапия используют основные принципы психоанализа — представление о бессознательном и учение об эго-защитных механизмах.

Структура личности по З. Фрейду

Фрейд выделял в структуре личности три части: «Ид», «Эго» и «Супер-Эго». Инстинкты непосредственно действуют на уровне «Ид» («Оно»). Побуждения «Оно» имеют всецело бессознательную природу и находятся под влиянием «принципа удовольствия». «Эго» («Я») как образующее начало личности относится к сфере действия «принципа реальности». «Я» имеет возможность различать фантазию и объективную реальность, тогда как «Оно» способно удовлетворять свои побуждения (например, сексуальные) в снах или фантазиях, одна из функций которых — «воображаемое исполнение желаний». Идеалы и нравственные принципы личности коренятся в «СуперЭго» («Сверх-Я»). «Либидо», базисная жизненная сила, служит энергетическим фактором для всех трех компонентов в структуре личности, однако, в соответствии с принципом «психической экономии», укрепление одной из частей личности истощает две другие. Конфликт между тремя компонентами может привести к психическим нарушениям, если сильное «Я», ядро личности, не имеет возможности удержать ее составляющие в состоянии гармонического равновесия.

Классический психоанализ

Психоанализ основывается на учении о бессознательном. Психоанализ начался с лечения больных гипнозом. В 1881 г. Анна О., молодая женщина, у которой обнаруживались множественные зрительные и моторные нарушения, а также расстрой-

ства сознания, прошла курс лечения у венского терапевта Иосифа Брейера. Он наблюдал исчезновение патологических симптомов, когда больная вербализировала их под гипнозом. Брейер и Фрейд объяснили истерию как результат травмирующих ощущений, сексуальных по своей природе и связанных с повышенным аффектом, который был отделен от сознания и выразился в замаскированной форме в различных симптомах. Позже Фрейдом была разработана теория о топологической структуре психики (супер-эго, эго, ид) и защитных механизмах эго.

Цель психоанализа — постепенная интеграция ранее подавленного материала в общую структуру личности. Обычно при психоанализе пациент лежит на кушетке. Основной техникой является метод свободных ассоциаций. В большинстве случаев активность аналитика ограничена интерпретацией ассоциаций пациента. Больной и врач должны быть готовы участвовать в процессе терапии неопределенно долгое время. Время необходимое для выполнения психоаналитического задания составляет от 2 до 5 лет с сеансами не менее 4 раз в неделю.

Показания к психоанализу: длительные психологические конфликты, которые вызывают патологические нарушения. Психоанализ эффективен при лечении тревожных расстройств, легких депрессий, некоторых расстройств личности и др. состояний. Более важным, чем диагноз, является способность больного образовывать терапевтический союз с аналитиком.

Противопоказания к психоанализу:

- 1) возраст старше 40 лет;
- 2) недостаточный уровень интеллекта;
- 3) невозможность изменить ситуацию в силу внешних причин;
- 4) ограничение времени;
- 5) природа связи (друзья, родственники, знакомые);
- 6) лица, не способные вступать в терапевтический альянс (психотики);
- 7) низкая толерантность к фрустрации (алкоголики, наркозависимые).

Основные техники классического психоанализа: метод свободных ассоциаций, анализ ошибочных действий, анализ сновидений, симптомов, переноса и контрпереноса.

Метод свободных ассоциаций

Фрейд применял технику свободной ассоциации при самоанализе и анализе своих сновидений. Для объяснения теории свободной ассоциации Фрейд (1913) использовал в качестве модели путешествие на поезде: «Действуйте так, как будто вы на какое-то время являетесь путешественником, сидящим у окна вагона поезда и описывающим кому-то в вагоне изменяющиеся виды, которые вы видите снаружи».

Метод предполагает в отсутствии концентрации внимания на чем-то конкретном переход от спонтанно возникающих образов, идей к другим образам, идеям в бесконечной цепочке ассоциаций, разветвляющихся в различных направлениях, что раскрывает содержание бессознательного с находящимися в нем желаниями, потребностями, воспоминаниями и переживаниями.

Использование свободной ассоциации в психоаналитической терапии заключается в предложении пациенту мыслить вслух, «озвучивать», монологически говорить обо всем, что бы ни приходило в голову. Freud (1923) описывает этот процесс следующим образом:

«Лечение начинается с того, что от пациента требуется поставить себя в положение внимательного и бесстрашного самонаблюдателя, просто считывать все время информацию с поверхности сознания, и, с одной стороны, быть почти полностью честным, с другой — не удерживать никакой идеи от коммуникации, даже если (1) он чувствует, что это слишком неприятно или, если (2) он считает это бессмысленным, или (3) слишком неважным, или (4) не относящимся к тому, что исследуется. Однозначно обнаружено, что именно те идеи, которые провоцируют эти «упомнутые реакции имеют особенное значение в раскрытии забытого материала».

Таким образом, метод свободной ассоциации, по сути дела, может быть более точно определен как метод «свободного говорения» о том, что приходит в голову, свободного перехода от одного содержания к другому безо всякой логической связи, без использования «латентной» последовательности, причинности и каких бы то ни было временных ограничений. Свобода нарратива от возникающих ассоциаций встречается с сопротивлением по

отношению к отвергнутым ранее репрессивным содержаниям, если «осколки» последних вторгаются в сознание. Это приводит к остановкам, задержкам и прерыванию монолога. Стремление избежать болезненных переживаний изменяет содержание монолога, который становится «компромиссным образованием» между истинностью событий и стремлением пациента смягчить отрицательные болевые реакции.

Анализ сновидений

Анализируя свой опыт работы с невротическими пациентами, Фрейд обращает внимание на то, что в их рассказах многие представления из предшествующей жизни и актуальной ситуации описываются так, словно они существуют одновременно, примерно так же как это бывает во сне, когда в одном сновидении объединяются события в реальной жизни несоединимые и даже несуществующие. Позднее Фрейд делает вывод, что механизмы образования сновидений являются прототипом формирования невротических симптомов, т.е. имеют аналогичную природу и выполняют аналогичную (защитную) функцию. В последующем исходная идея о сновидении как исполнении желания дополнилась выводом, что сюжеты сновидения могут быть вызваны вытесненными, т.е. скрытыми от самого сновидца мыслями, желаниями и фантазиями. Следует напомнить, что под вытеснением понимается удаление из сознания (но не из психики) некоторых воспоминаний, желаний и влечений, которые оказываются несовместимыми с представлениями личности о себе или травмирующими.

Если дневные события тем или иным образом активизируют эти бессознательные (болезненные) содержания, то во время сна, когда барьер вытеснения слабеет, они достигают границы сознательного восприятия в форме сновидений. Хотя двигательное и поведенческое отреагирование в процессе сна в существенной степени «заблокировано», психическая энергия и возбуждение, вызванное этими болезненными для личности содержаниями, тем не менее направляются в сторону «органов восприятия» — в основном зрительного и слухового. Психика как бы предъявляет эти содержания самой себе, но в искаженной, приемлемой для внутренней цензуры форме.

С функциональной точки зрения, сновидение удовлетворяет потребность личности в отдыхе от дневных впечатлений и переживаний, поскольку охраняет физиологическое состояние сна благодаря тому, что реальное отреагирование тех или иных мыслей или идей (в поведении) заменяется их галлюцинаторным отреагированием, не требующим внешней активности и пробуждения. С другой стороны, сновидение позволяет вытесненному желанию пусть и в искаженной форме, но исполниться и тем самым снизить психическое напряжение. Таким образом, функция сновидения состоит в том, что оно примиряет две противоположных потребности: 1) отдыхать и спать; 2) действовать в соответствии с побуждениями, исходящими от психической или соматической сферы.

При анализе сновидения, как уже отмечалось, всегда выделяется его видимое и скрытое содержание, которое реализуется с помощью открытых Фрейдом механизмов сгущения (конденсации) и смещения. Под конденсацией обычно понимается сновидно измененное совмещение времени, места, отдельных элементов или событий, в реальной жизни несовместимых или даже несуществующих. Например, человеку может присниться, как он полемизирует о роли личности в истории (одновременно) с Наполеоном и Сталиным (мог бы вполне присутствовать и Змей Горыныч). Таким образом, конденсация как бы создает сам фантастический сюжет сновидения.

Под смещением понимается специфический процесс, связанный с собственной работой бессознательного, который определяет «передний» или, выражаясь языком телевидения, «крупный» план сновидения, когда какая-то, на первый взгляд, малозначительная деталь становится центральной фигурой сюжета. Эта фигура проявляется на протяжении всего сновидения или играет главную или ведущую (почти всегда символическую) роль.

Иногда сновидение «проявляет» смысл или цели, вообще не допускаемые на уровень сознания. Например, жена, в сновидениях регулярно убивающая своего мужа и просыпающаяся с чувством вины, наяву окружает его тошнотворной заботой, от которой он в конечном итоге сбегает и таким образом оказывается как муж уже несуществующим («убитым»), хотя эта цель сознательно женщиной никогда не ставилась.

Фрейд отмечал, что при анализе сновидений бессознательное и его символика нуждаются в исследовании буква за буквой, слово за словом, образ за образом в их первоначально совершенно невообразимых связях, иначе никогда не понять их тайный, переданный нам в закодированном виде смысл.

Анализ ошибочных действий

К ошибочным действиям относят оговорки (обмолвки), опiski, очитки, ослышки. В определенном смысле таковыми можно считать забывание намерений, запоминание имен и названий, затеривание и запирывание вещей. Сюда же относятся заблуждения, действия «по ошибке» (ошибочные действия).

Фрейд считал, что ошибочные действия не являются случайными, а представляют собой психические акты, в коих можно усмотреть смысл и намерение. Эти психические акты возникают в результате одновременного действия или, точнее, противодействия, противоположных желаний. При этом одно из конкурирующих желаний, чаще всего то, которое не приносит удовольствия, отталкивается в подсознательное, но проявляется, помимо воли и сознания пациента, в том или ином ошибочном действии.

Анализ невротических симптомов

Фрейд придавал важное значение раскрытию смысла невротических симптомов. Рассматривая этот вопрос, он привел несколько ярких примеров, связанных с так называемым неврозом навязчивых состояний, на изучении которого, как и на исследовании истерии, был основан психоанализ. Психоаналитический подход к изучению невротических заболеваний включал в себя такое историческое толкование, которое предполагало осуществление как бы двойной редукции. А именно — переход от настоящего к прошлому и от жизни взрослых к инфантильной сексуальности. Переживания, относящиеся к времени заболевания, являются чувствительными для каждого человека. Но, будучи остроощутимыми и трудно переносимыми, сами по себе они еще ничего не говорят о причинах и истоках заболевания. Аналитическая работа не может, по убеждению Фрейда, ограничиваться раскрытием существа этих переживаний. Она должна доходить до

исследования психосексуального развития ребенка, чтобы на материале раннего детства выявить те события, ситуации, впечатления и переживания, которые могли предопределить возможность будущего заболевания. Аналитическая работа показывает, что во многих случаях пациенты фиксированы на каком-то периоде своего прошлого, в результате чего настоящее и будущее как бы закрыты для них. Как правило, они фиксированы на таких переживаниях, которые можно назвать травматическими.

Фрейд проводит сравнение с травматическими неврозами, возникающими во время войн, железнодорожных крушений или каких-либо других жизненных катастроф. В основе этих неврозов лежит фиксация на моменте травмы. Люди, страдающие подобными заболеваниями, постоянно испытывают сильные переживания, которые находят свое отражение в сновидениях, где повторяются картины и сюжеты, связанные с травматическими ситуациями. Аналогичное положение наблюдается и тогда, когда нервнобольные оказываются фиксированы на переживаниях прошлого. Отсюда Фрейд делает вывод, что невроз можно уподобить травматическому заболеванию. В таком случае объяснение невроза сводится к неспособности человека справиться с сильным аффективным переживанием.

Другое дело, что здесь не все так просто и однозначно, как может показаться на первый взгляд. Так, можно сказать, что всякий невроз включает в себя фиксацию на каком-то травматическом событии прошлого. Однако, замечает Фрейд, отсюда вовсе не следует, что любая фиксация непременно ведет к неврозу или совпадает с ним. Тем не менее переживания прошлого действительно могут быть весьма травмирующими и оказывать такое воздействие на человека, которое чревато далеко идущими последствиями. Фиксация на этих переживаниях способна обернуться невротическими расстройствами, заслонить собой настоящее, отрезать человека от будущего.

Рассматривая навязчивые действия и другие невротические явления, Фрейд исходил из того, что симптомы заболеваний тесно связаны с бессознательными душевными процессами. Смысл симптомов неизвестен человеку, страдающему психическими расстройствами. Сам смысл находится как бы за пределами его сознания, он бессознателен и содержится в бессознательных процессах.

Анализ переноса и контрпереноса

В процессе общения с пациентом на каком-то этапе анализа появляется перенос — трансференс, который заключается в том, что, не отдавая себе отчета в происходящем, пациент начинает видеть в аналитике не его, а кого-то другого. Обычно в этой роли выступает значимый человек из прошлого — фигура матери отца, родственника, учителя, человека, с которым могут быть связаны как отрицательные, так и положительные переживания. Общаясь с психоаналитиком, пациент через какое-то время начинает автоматически переносить на него переживания, связанные с прошлой жизнью. Он видит в аналитике какую-то фигуру или часть фигуры из своего прошлого и, входя в этот процесс, во все большей степени «включает» повторные переживания ситуаций, которые когда-то происходили в его жизни.

Аналитик выступает в этом процессе, с одной стороны, как человек, который должен интерпретировать бессознательные процессы, а с другой, — становится объектом процессов, которые проецируются на него. Перенос возникает при любом сколь угодно длительном контакте с пациентом. Freud (1917) выделял в переносе три основных критерия: неадекватность, сопротивление и фиксацию на прошлом. Freud подчеркивал, что *перенос неадекватен, так как не соответствует по содержанию месту и времени аналитической ситуации*. По мере формирования переноса активизируется бессознательное и усиливаются сновидения. Сны становятся не только более частыми, но и более яркими. Поскольку сновидения обладают большой информативностью, необходимо использовать их.

Долгое общение с пациентом приводит к тому, что аналитик невольно начинает включаться в контакт с ним на глубинно психологическом уровне. Развивается контрперенос на пациента. Freud (1910) считал контрперенос «результатом влияния пациента на бессознательные чувства аналитика». Относясь отрицательно к контрпереносу, Freud рекомендовал в целях ослабления его влияния прохождение аналитиком персонального анализа.

В постфрейдовский период в литературе дискутируется вопрос о возможности и необходимости использования контрпереноса в аналитической терапии. Контрперенос оценивается как

чрезвычайно важный процесс, который имеет ключевое значение не только в лечении пациента, но и для личностного роста и профессионального совершенствования аналитика.

Когнитивно-бихевиоральный подход. Выявление проблемного поведения и обучение новым формам поведения. Противообуславливающая терапия (работа с тревогой и страхами), когнитивно-бихевиоральная терапия в соматической практике (биологическая обратная связь, школы самоконтроля и др.)

Когнитивно-бихевиоральное направление в психотерапии это относительно молодое психотерапевтическое направление, которое в основном оформилось во второй половине прошлого столетия. Изначально два подхода развивались самостоятельно и независимо друг от друга, но впоследствии бихевиоральные психотерапевты, признали важность внутренних (когнитивных) процессов и сделали их одной из мишеней воздействия. В свою очередь, когнитивные психотерапевты стали в своей работе использовать поведенческие техники, основанные на классических психологических теориях. Объединенная когнитивно-бихевиоральная традиция как вид проблемно-ориентированной терапии является высокоэффективной моделью оказания воздействия.

Многие симптомы поведенческих проблем, с позиции когнитивно-бихевиоральной терапии являются следствием пробелов в обучении, образовании и воспитании. Нарушение в поведении рассматривается как квази-удовлетворение базисных потребностей. Считается, что поведение может быть изменено в результате наблюдения за ним и устранения когнитивного дефицита и когнитивных искажений.

Когнитивно-бихевиоральная терапия представлена такими учеными, как А. Бек, А. Эллис, Д. Уотсон, Б. Скиннер, Д. Вольпе, А. Бандура, М. Селлигман, А. Лазарус, Д. Майхенбаум и многими исследователями, которые разрабатывают более двадцати направлений в рамках данной терапевтической модели. Их достоинство — в серьезном научном обосновании, четкой мишенеориентированности и в конкретности рекомендаций и процедур.

Теоретическая основа поведенческой психотерапии — бихевиоризм. В основе бихевиоризма лежит идея, согласно которой предметом психологии является поведение, а не сознание. Бихевиоризм отрицает сознание как предмет научного исследования, так как оно недоступно объективному наблюдению и экспериментальному исследованию. Психика описывается в бихевиоризме к различным формам поведения, которые описываются как совокупность реакций организма на стимулы из внешней среды. За единицу поведения принимается связь стимула и реакции (например, слюноотделение). Таким образом, предметом изучения является то, что происходит на входе и на выходе организма. Процессы внутри системы организма считаются не поддающимися научному анализу, поскольку они недоступны прямому наблюдению.

Основная цель поведенческой психотерапии — выявление проблемного поведения и обучение новым формам поведения.

Две теории, которые имеют особое значение для практики поведенческой терапии — теория классического обуславливания И.П. Павлова и теория оперантного научения Б. Скиннера.

Теория классического обуславливания И.П. Павлова заключается в том, что если нейтральный раздражитель сочетается с безусловным, который приводит к возникновению реакции, то через определенное количество повторений условный раздражитель сам по себе начнет вызывать реакцию. Теория оперантного научения Берреса Скиннера заключается в том, что поведение закрепляется, потому что получает подкрепление (например, ребенок привыкает к аккуратности, так как получает похвалу). Были проведены опыты, в которых удавалось влиять на частоту употребляемых в беседе слов (отдельные слова подкреплялись собеседником).

Современная когнитивно-бихевиоральная терапия инкорпировала идеи многих исследователей и практиков. Этот подход оказался, например, весьма конструктивным в социальной работе с трудными подростками, при решении проблем брачных отношений, преодолении тревожности и депрессии. Когнитивные подходы отражены в работах А.Т. Бека, рационально-эмотивной терапии А. Эллиса. Данные подходы основываются на когнитивной модели и предполагают, что изменение способа мышления о себе и мире меняет не только эмоциональную окраску пережива-

ний, но и поведение, которое становится более рациональным, соответствующим реальному миру.

Противообуславливающая терапия Джозефа Вольпе (систематическая десенсибилизация)

Тревога считается основной причиной поведенческих расстройств. Она проявляется в активации симпатической нервной системы (учащение пульса, дыхания и др.). Тревога может быть выученной при наличии временной связи с конкретным стимулом, на который раньше она не возникала (например, на лифт, звонок, собаку и т.д.). Нейтральный стимул (собака) может сочетаться с угрожающим (укус), тревога при укусе начинает ассоциироваться с видом собаки. В результате первичной генерализации стимулы, внешне напоминающие исходные (другие собаки), также начинают вызывать тревогу. Стимулы могут быть выстроены по градиенту сходства, составляющему иерархию тревоги (от наибольшего к наименьшему). Человек также может формировать иерархии, основанные на схожести внутренних эффектов, посредством вторичной генерализации (например, безуспешное ожидание партнера на свидание и опоздание на автобус могут вызывать чувство отвергнутости).

Выученная тревога может приводить к формированию вторичных симптомов: нарушения сна, головные боли, а впоследствии психосоматическая патология. В свою очередь эти симптомы порождают вторичную тревогу, и возникает «порочный круг».

Так как тревога — это результат научения, то ее можно преодолеть процессом противообуславливания. Важно найти реакцию, которая несовместима с тревогой и сочетать ее со стимулом, вызывающим тревогу. Наиболее часто для этих целей используются релаксация, физическая активность, асертивность. Однако симпатические реакции, вызванные тревогой, препятствуют эффективному использованию этих техник. Именно поэтому важно начинать противообуславливание со стимулов, вызывающих минимальную тревогу.

Слово «десенсибилизация» происходит от латинского *sensibilis* (чувственно воспринимаемый). Приставка «де» обозначает отделение, удаление, отмену, уменьшение, понижение. Ме-

тод систематической десенсибилизации — метод систематического постепенного уменьшения сензитивности (т.е. чувствительности) человека к предметам, событиям или людям, вызывающим тревожность, а следовательно, и систематическое последовательное уменьшение уровня тревожности по отношению к этим объектам. Сама методика относительно проста: у человека находящегося в состоянии глубокой релаксации, вызывается представление о ситуациях, приводящих к возникновению страха. Затем посредством углубления релаксации клиент снимает возникающую тревогу. В воображении представляются различные ситуации: от самых легких к трудным, вызывающим наибольший страх. Процедура заканчивается, когда самый сильный стимул перестает вызывать у пациента страх. Систематическая десенсибилизация стала первым действительно результативным методом лечения фобий. Эффективность этого метода была доказана множеством научных исследований. После прохождения курса десенсибилизации выздоровление наступает у 90 % пациентов.

В чем состоит суть метода? Страх, тревога, фобия неразрывно связаны с напряжением. Нет напряжения — не может быть и страха. Иными словами, если человек сможет расслабиться в фобической ситуации, фобия исчезнет.

Вольпе определял невротическое поведение как закрепившуюся привычку неадаптивного поведения, приобретенного в результате научения. Тревожащая ситуация, будь она реальная или фантазируемая, вызывает у человека на самом деле тяжелые аффективные переживания и субъективные страдания. Высокая интенсивность тревожности и страхи приводят к дезорганизации и распаду сложных форм поведения. Сильное желание клиента избежать тяжелых аффективных переживаний, связанных с повышенной тревожностью и страхами, приводит к реакциям избегания травмирующих ситуаций как своеобразной формы защиты.

Суть методики систематической десенсибилизации состоит в том, что страх, тревога могут быть подавлены, если объединить во времени стимулы, вызывающие страх и стимулы антагонистичные страху. Произойдет противообусловливание (противоусловливание): не вызывающий страх стимул погасит прежний рефлекс. Иными словами, страх может быть устранен, если заменяется состоянием, противоположным страху. В психо-

физиологии это явление известно под названием «принцип реци-прокного подавления». В результате проведенных исследований доктор Вольпе пришел к выводу, что для взрослых людей лучшим способом формирования состояния, противоположного страху и напряжению, является нервно-мышечная релаксация по Джекобсону.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия в соматической практике

Биологическая обратная связь (БОС) — метод лечения и реабилитации, основанный на развитии у пациента навыков самоконтроля и саморегуляции различных функций организма для улучшения общего состояния.

Схематично БОС-процедура заключается в непрерывном мониторинге определенных электрофизиологических показателей и «подкреплении» с помощью мультимедийных, игровых и других приемов заданной области значений. Другими словами, БОС-интерфейс представляет для человека «физиологическое зеркало», в котором отражаются его внутренние процессы.

Во время сеанса БОС больной через датчик, преобразующее и регистрирующее устройство, получает информацию о минимальных изменениях какого-либо своего физиологического показателя (мышечное напряжение, температура тела, электрическое сопротивление кожи, уровень артериального давления и др.), связанного с эмоциональным состоянием, и старается изменить его в заданном направлении, что позволяет приобрести и развить навыки направленной саморегуляции, тем самым влияя на течение патологического процесса. В течение курса БОС-сеансов возможно усилить или ослабить тот или иной физиологический показатель, а значит уровень тонической активации той регуляторной системы, чью активность он отражает. Важной особенностью БОС является наличие зависимости между вегетативными и психическими функциями.

Метод позволяет в короткие сроки (10–15 сеансов) уверенно овладеть навыками нервно-мышечного расслабления, оптимизировать работу сердечно-сосудистой и дыхательной систем путем выработки диафрагмального типа дыхания, научиться самостоя-

тельно преодолевать и подавлять болезненные проявления, восстановить высокую работоспособность, хорошее самочувствие и настроение, спокойствие и уверенность в своих силах.

Школы самоконтроля

В настоящее время Всемирная организация здравоохранения официально признала обучение полноправным методом лечения хронических заболеваний, по значимости равным медикаментозному и хирургическому. Был введен термин «терапевтическое обучение пациентов». Основные его положения формулируются следующим образом:

- Должно предоставлять пациенту возможность овладеть умениями, позволяющими оптимально управлять своей жизнью с заболеванием.
- Представляет собой непрерывный процесс, который должен быть интегрирован в систему медицинской помощи. Центрировано на пациенте.
- Включает информацию, обучение «самопомощи» и психологическую поддержку, относящиеся к заболеванию и предпринятому лечению.
- Его целью является также помощь пациентам и их семьям в лучшей кооперации с медицинскими работниками и улучшение качества жизни.

Самые подробные рекомендации, полученные от врача, не могут охватить все разнообразие ситуаций, в которых может оказаться человек. Необходимость создания центров обучения, которые в нашей стране получили название «школ самоконтроля», определяется прежде всего низким уровнем знаний людей о своем заболевании и стремлением расширить свои представления о нем. Свидетельством неправильных представлений о заболевании могут служить такие примеры, как распространение мифических способов излечения от него или применение неапробированных методов лечения, которые могут нанести серьезный вред организму.

Цель и задачи школы — обучение больных методам самоконтроля, адаптации проводимого лечения к конкретным условиям жизни, профилактике острых и хронических осложнений заболевания.

Гуманистический подход: личность и самоактуализация, роль безусловного принятия, эмпатии, искренности в работе с пациентами

В соответствии с гуманистической точкой зрения в человеке изначально заложена позитивная схема его личностного развития. Психологическая природа человека постоянно движет его в направлении личностного роста, творчества и самодостаточности, если только противоборствующие обстоятельства не оказываются достаточно сильными, чтобы помешать этому. Приверженцы гуманистической психологии рассматривают людей как активных творцов собственной жизни, обладающих свободой выбирать и развивать стиль жизни, который ограничен только физическими или социальными воздействиями. Суть этого подхода — прежде всего в признании за человеком свободы построения своей жизни и способности к этому, в понимании человека как целостного единства тела, психики и духа. Представители гуманистического направления склонны видеть человека существом природно активным, борющимся, самоутверждающимся, повышающим свои возможности, способным к позитивному росту. Усилия психотерапевта направлены на личностный рост пациента, а не просто на устранение каких-то болезненных симптомов.

Основной задачей является создание условий, способствующих новому опыту, на основе которого пациент изменяет свою самооценку в положительном направлении. Происходит сближение Я-реального и Я-идеального, приобретаются новые формы поведения, основанные на собственной системе ценностей, а не на оценке другими.

Самоактуализация является одним из важнейших понятий в гуманистической психологии. Это процесс раскрытия и реализации всех способностей и возможностей человека, актуализации его личностного потенциала. Самоактуализация помогает человеку становиться тем, кем он хочет стать, и жить полно и совершенно. Потребность в самоактуализации, по мнению А. Маслоу (1908–1970, США), является высшей человеческой потребностью. Однако эта потребность проявляется только тогда, когда удовлетворены другие нижележащие потребности.

Гуманистический подход находит отражение в таких психотерапевтических методах, как «клинт-центрированная терапия» Карла Роджерса.

Основой лечения Роджерса является создание отношения, характеризующегося тремя важными и взаимосвязанными позициями («триада Роджерса»): безусловное позитивное отношение, эмпатия, конгруэнтность, а главной задачей помочь клиенту принять и лучше понять самого себя. Эти три параметра являются главными в психотерапевтическом процессе. Таким образом, пациент воспринимает сложившиеся с психотерапевтом отношения как безопасные, постепенно начинает открыто говорить о своих чувствах и переживаниях. У пациента возрастает позитивное отношение к себе и другим, он становится более зрелым, ответственным. В результате этих изменений личность приобретает возможность дальнейшего развития, растет способность к самоактуализации.

1. «Безусловное позитивное отношение». Терапевт должен показать, что он искренне заботится о клиенте, принимает его как человека и доверяет его способности изменяться. Это не только требует готовности слушать клиента, не прерывая его, но также и принятия того, о чем говорится, без суждения и оценки, невзирая на то, каким бы «плохим» или «странным» это ни казалось. Терапевту не нужно одобрять все, что говорит клиент, но он должен принять это как реальную часть оцениваемого человека. Терапевт должен также доверять клиентам в самостоятельном решении их собственных проблем, следовательно, он не дает советов. Совет, говорит Роджерс, несет скрытое сообщение о том, что клиент некомпетентен или неадекватен, — это делает его менее уверенным и более зависимым от помощи.

2. Эмпатия. Многие формы терапии предлагают взгляд на пациента со стороны. Эмпатия требует внутреннего взгляда, сосредоточения на том, что пациент может думать и чувствовать. Клиент-центрированный терапевт действует не как сторонний наблюдатель, который стремится наклеить диагностический ярлык на клиента, а как человек, который хочет понять, как выглядит мир с точки зрения клиента.

Об эмпатии нельзя сообщить «Я понимаю» или «Я знаю, что вы сейчас чувствуете». Терапевт передает эмпатию, показывая,

что он активно слушает клиента. Подобно искусным интервьюерам, клиент-центрированные терапевты вступают в контакт с клиентом с помощью глаз, кивают головой, когда пациент говорит, и оказывают другие знаки внимания. Используется также тактика, называемая отражением («рефлексией»). Отражение показывает, что терапевт активно слушает, а также помогает клиенту осознать те мысли и чувства, которые он переживает. Действительно, большинство клиентов реагируют на эмпатическое отражение пристальным вниманием к своим чувствам.

3. Конгруэнтность — это согласованность между тем, что терапевт чувствует, и тем, как он ведет себя по отношению к клиенту. Это значит, что безусловное позитивное отношение терапевта и эмпатия являются настоящими, а не деланными. Переживание конгруэнтности терапевта позволяет клиенту увидеть, возможно, впервые, что открытость и честность могут быть основой человеческих отношений.

Системный семейный подход: семья с точки зрения системного подхода, общие принципы работы с семьей

Системная семейная психотерапия — подход, где человек не является объектом воздействия и клиентом. Клиентом является вся семья, вся семейная система, именно она — объект психотерапевтического воздействия.

Системная семейная психотерапия является одним из направлений системного подхода. Системная теория, или теория систем, является не вполне психологической теорией. Практически одновременно системные идеи развивались в кибернетике (Н. Винер, Р. Эшби и т.п.), в биологии (В. Вернадский, Н. Бернштейн, К. Лоренц, Н. Тинберген), антропологии (М. Мид) и затем проникли в культурологию и психологию (Г. Бейтсон, Т. Лири, Р.А. Вильсон, А. Кожибский).

Концептуальную основу системной семейной психотерапии составила кибернетика, точнее, общая теория систем. Один из основоположников общей теории систем Л. фон Берталанфи показал, что понятие системы вытекает из так называемого «организмического взгляда на мир». Для этого взгляда характерны два

положения: а) целое больше, чем сумма его частей; б) все части и процессы целого влияют друг на друга и друг друга обуславливают. Таким образом, базовая идея системной семейной психотерапии заключается в том, что семья — это социальная система, то есть комплекс элементов и их свойств, находящихся в динамических связях и отношениях друг с другом. Семья — это «живой организм, напоминающий скорее пламя, чем кристалл» (Черников, 1997).

Семейная система — это открытая система, она находится в постоянном взаимодействии с окружающей средой. Семейная система это самоорганизующаяся система, то есть поведение системы целесообразно, и источник преобразований системы лежит внутри ее самой (Черников, 1997). Исходя из этого понятно, что люди, составляющие семью, поступают так или иначе под влиянием правил функционирования данной семейной системы, а не под влиянием своих потребностей и мотивов. Система первична по отношению к входящему в нее элементу. Ясно, что объектом психотерапевтического воздействия является вся семейная система целиком, а не отдельный человек, элемент этой системы.

Законы функционирования семейных систем

Жизнь семейной системы подчиняется двум законам: закону гомеостаза и закону развития. Закон гомеостаза гласит: всякая система стремится к постоянству, к стабильности. Для семьи это означает, что она в каждый данный момент времени своего существования стремится сохранить *status quo*. Нарушение этого статуса всегда болезненно для всех членов семьи, несмотря на то, что события могут быть и радостными, и долгожданнами: например, рождение ребенка, распад мучительного брака и т.п. Закон постоянства обладает огромной силой.

Как показали исследования Джея Хейли (Haley, 1980), благодаря стремлению не допустить ухода повзрослевшего ребенка из семьи и тем самым сохранить семейную структуру родители способны терпеть любое психопатологическое поведение подростка к полному изумлению всех посторонних. Одновременно действует закон развития: всякая семейная система стремится пройти полный жизненный цикл. Было замечено, что семья в

своем развитии проходит определенные стадии, связанные с некоторыми неизбежными объективными обстоятельствами. Одним из таких обстоятельств является физическое время. Возраст членов семьи все время меняется и обязательно меняет семейную ситуацию.

Как было показано Эриком Эриксоном, каждому возрастному периоду в жизни человека соответствуют определенные психологические потребности, которые человек стремится реализовать. Вместе с возрастом меняются и запросы к жизни вообще и к близким людям в частности. Это определяет стиль общения и соответственно саму семью. Рождение ребенка, смерть старого человека — все это существенно меняет структуру семьи и качество взаимодействия членов семьи друг с другом.

Основные принципы работы с семьей

► Принципы семейной психотерапии по Беллу:

- принцип целостности: семья — целостная система, ее нужно рассматривать целиком;
- принцип открытости: все семейные проблемы обсуждаются в присутствии всех членов семьи;
- принцип ответственности: любое внутрисемейное нарушение — результат семейных отношений, а не чья-либо персональная вина. в любом симптоме есть позитивный смысл;
- принцип нейтральности: психотерапевт не должен принимать сторону одной из сторон;
- принцип гипотетичности: психолог строит гипотезы, которые впоследствии опровергает или подтверждает.

► Системная (структурная) семейная психотерапия, основные принципы которой сформированы американским психотерапевтом Сальвадором Минухиным (8. Minichin, 1978):

– семья представляет собой дифференцированное целое, подсистемы которой составляют отдельные члены или несколько членов семьи;

– каждая семейная подсистема (детская, супружеская, мужская, прародительская и т.п.) имеет специфические функции и предъявляет определенные требования к своим членам;

– психотерапия изменяет структуру семьи и приводит к изменениям поведения ее членов;

– психотерапевт, работая с семьей, временно «присоединяется» к ней, вследствие чего возникает «терапевтическая система».

Каждая из семейных подсистем имеет определенную степень свободы и автономии от других подсистем, в свою же очередь семья в целом имеет общую «внешнюю границу», отделяющую ее от внесемейного окружения.

Тестовые вопросы для самоконтроля

1. Различные концепции психодинамического направления объединяет:

А) представление о коллективном бессознательном;

Б) теория архетипов;

В) представление о бессознательном и используемых для его анализа психотерапевтических методах;

Г) представление о роли социокультуральных факторов в психической жизни.

2. Одна из основных форм проявлений бессознательного, по

3. Фрейду:

А) когнитивные неправильности;

Б) ошибочные действия;

В) духовные кризисы;

Г) иррациональные мысли.

3. Психоаналитическая техника, когда пациент на приеме удобно лежит, расслабляется и говорит все, что приходит в голову:

А) терапевтический поток;

Б) управляемая релаксация;

В) центрация на клиенте;

Г) свободные ассоциации.

4. Оперантное обуславливание, по Б. Скиннеру, в отличие от классического (павловского), определяют как обуславливание:

А) с использованием технических приспособлений;

Б) посредством специальных экспериментальных и терапевтических процедур;

В) событиями, которые следуют за реакцией;

Г) стимулом, выявляющим реакцию.

5. Поведенческая терапия руководствуется:

А) психодинамическими принципами построения поведения;

Б) моделью личностного роста в ходе изменения поведения;

В) дискретной моделью личности;

Г) представлением о поведении как о единственно достоверном проявлении личности.

6. Метод систематической десенсибилизации Вольпе является методом:

А) нейролингвистического программирования;

Б) гипносуггестии;

В) поведенческой психотерапии;

Г) позитивной психотерапии.

7. Выделенные Фрейдом три основные формы проявлений бессознательного НЕ включают:

А) сновидения;

Б) ошибочные действия;

В) духовные кризисы;

Г) невротические симптомы.

8. Противопоказаниями к психотерапии по В.В. Макарову являются все, кроме:

А) неэффективности психотерапии;

Б) необходимости по жизненным показаниям не психотерапевтического, а какого-то другого воздействия;

В) отсутствия внушаемости;

Г) морально-этических ограничений.

9. Под активным психологическим воздействием на пациента, имеющего психопатологические симптомы и синдромы и находящегося в состоянии кризиса, фрустрации, стресса или душевной болезни, в узком смысле понимается:

- А) психотерапия;
 - Б) психологическая коррекция;
 - В) психологическое консультирование.
10. Современная поведенческая терапия подчеркивает значение:
- А) феноменологического подхода к анализу поведения;
 - Б) выяснения экзистенциального смысла поведенческих актов;
 - В) взаимодействия индивида и среды;
 - Г) вскрытия причин поведения.

Список литературы по теме

1. Варга Л.Я. Системная семейная психотерапия. — СПб.: Речь, 2001. — 144 с.
2. Клиническая психология и психотерапия / под ред. М. Пере и У. Баумана; пер. с нем. под ред. В.А. Абабкова. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2012. — 943 с.
3. Семейная психотерапия. Хрестоматия / сост.: Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицкис. — СПб.: Речь, 2007. — 400 с.
4. Слабинский В.Ю. Основы психотерапии: практическое руководство. — СПб.: Наука и Техника, 2008. — 459 с.

Практическая часть

Этапы процедуры систематической десенсибилизации

Перед началом работы необходимо кратко разъяснить клиенту суть методики.

- 1) обучение расслаблению (релаксации);
- 2) построение иерархии стимулов, вызывающих страх;
- 3) собственно десенсибилизация — соединение представлений о ситуациях, вызывающих страх, с релаксацией, т.е. формирование реакции релаксации вместо реакции страха.

1-й этап является подготовительным. Основная его задача — обучение клиента способам регуляции состояний напряженности

и релаксации. Для этого могут быть использованы различные методы: аутогенная тренировка, косвенное, прямое внушение, а в исключительных случаях гипнотическое воздействие. При работе с детьми наиболее часто используются методы косвенного и прямого вербального внушения. Тренировка по методике прогрессирующей мышечной релаксации Джекобсона проводится в ускоренном темпе. В среднем обучение техникам расслабления может достигать около 7 нед.

2-й этап. Задача — конструирование иерархии стимулов, ранжированных в соответствии с возрастанием степени тревожности, которую они вызывают. В связи с тем, что у клиента могут быть различные страхи, все ситуации, вызывающие страх, делятся по тематическим группам (8–15 ситуаций). Для каждой группы клиент должен составить список: от самых легких ситуаций до самых тяжелых, вызывающих выраженный страх. Ранжирование ситуаций по степени испытываемого страха желательно проводить вместе с психологом. Обязательным условием составления этого списка является реальное переживание пациентом страха такой ситуации (т.е. она не должна быть воображаемой).

Иерархия страхов и тревог — это своего рода список вызывающих тревогу стимулов (ситуаций). Для каждой ситуации определяется уровень тревоги. Обычно потенциал вызывающих тревогу стимулов оценивают следующим образом. Принимается, что оценка «0» соответствует полному отсутствию чувства тревоги, а оценка «100» соответствует максимальной выраженности чувства тревоги, которое может возникнуть в связи с данным видом стимула. Таким образом, составляется иерархия стимулов — субъективная шкала тревоги. Ситуации, вызывающие тревогу, группируются по темам, например публичное выступление, сдача экзаменов, езда в общественном месте, общение с представителями противоположного пола. В случае множественных фобий десенсибилизация осуществляется по очереди применительно к каждой фобии.

Различают два типа иерархии. В зависимости от того, как представлены элементы — стимулы вызывающие тревожность, различают: пространственно-временные и тематические иерархии. В пространственно-временной иерархии представлен один и тот же стимул, предмет или человек (например, доктор, Баба Яга,

собака, милиционер и т.д.), или ситуация (ответ у доски, расставание с матерью) в различных временных (отдаленность событий во времени и постепенное приближение времени наступления события) и пространственных (уменьшение расстояния в пространстве) измерениях. То есть при конструировании иерархии пространственно-временного типа создается модель постепенного приближения клиента к вызывающему страх событию или предмету.

В тематической иерархии стимул, вызывающий тревожность, варьируется по физическим свойствам и предметному значению для того, чтобы сконструировать последовательность различных предметов или событий, прогрессивно увеличивающих тревожность, связанных одной проблемной ситуацией. Таким образом, создается модель достаточно широкого круга ситуаций, объединенных общностью переживаний клиентом тревожности и страха при столкновении с ними.

Иерархии второго типа способствуют обобщению умения клиента подавлять излишнюю тревожность при встрече с достаточно широким кругом ситуаций. Например, у клиента выявляется страх высоты. Психолог составляет иерархическую шкалу — перечень ситуаций и сцен, которые вызывают у клиента страх, начиная от слабого и до сильно выраженного. На первое место может быть поставлено слово «высота», потом вид открытой двери на балкон высотного этажа, затем сам балкон, вид асфальта и автомашин под балконом. В качестве примера можно привести 15 сцен из иерархии, составленной для клиента со страхом полетов в самолете: вы читаете газету и замечаете объявление авиакомпании. Вы смотрите телевизионную программу и видите группу людей сающихся в самолет. Ваш шеф говорит, что вам нужно совершить деловую поездку на самолете. Остается две недели до вашей поездки, и вы просите секретаря забронировать билет на самолет. Вы в своей спальне укладываете чемодан для поездки. Вы принимаете душ утром перед поездкой. Вы в такси по пути в аэропорт. Вы проходите регистрацию в аэропорту. Вы в зале ожидания и слышите о посадке на ваш рейс. Вы стоите в очереди перед трапом самолета. Вы сидите в самолете и слышите как начинает работать двигатель самолета. Самолет приходит в движение, вы слышите голос стюардессы

«пристегните ремни». Вы смотрите в окно, когда самолет начинает разбегаться по дорожке. Вы смотрите в окно в то время, когда самолет собирается взлететь. Вы смотрите в окно, когда самолет отрывается от земли.

3-й этап. Перед началом десенсебилизационной работы обсуждается методика обратной связи: информирование клиентом психолога о наличии или отсутствии у него страха в момент представления ситуации. Например, об отсутствии тревоги он сообщает поднятием указательного пальца правой руки, о наличии ее — поднятием пальца левой руки. Затем организуется последовательное предъявление клиенту (находящемуся в состоянии релаксации) стимулов из сконструированной ранее иерархии, начиная с низшего элемента (практически не вызывающего тревожности) и постепенно переходя к более высоким.

Предъявление стимулов может осуществляться вербально, *in vivo* (в реальной жизни). При работе со взрослыми клиентами стимулы предъявляются вербально как описание ситуаций и событий. От клиента же требуется представить эту ситуацию в воображении. Представление ситуации осуществляется согласно списку. Клиент воображает ситуацию 5–7 с. Затем устраняет возникшую тревогу путем усиления релаксации. Этот период длится до 20 с. Представление ситуации повторяется несколько раз. И если у пациента тревога не возникает, то переходят к следующей, более трудной ситуации. Например, консультант может сказать: «Теперь представьте, что вы думаете об экзаменах. До экзаменов остается три месяца, вы готовитесь к ним, сидя за своим столом...».

Сначала клиентам предлагают представить сцену, вызывающую у них наименее выраженное чувство тревоги (в соответствии с выстроенной иерархией), и просят поднимать указательный палец при ощущении любой тревоги. Если клиенты не чувствуют никакой тревоги, через 5–10 с. консультанты просят клиентов прекратить представление данной сцены и вновь расслабиться. Через 30–50 с можно попросить клиентов вообразить ту же самую сцену снова. Если эта сцена опять не вызывает чувства тревоги, консультанты отменяют ее, в течение некоторого времени проводят процедуру расслабления и переходят к следующему пункту иерархии. В тех случаях, когда клиент поднимает указа-

тельный палец, чтобы сообщить о возникновении чувства тревоги, сцену немедленно отменяют. Консультант просит клиента глубоко расслабиться и затем снова представить данную сцену один или несколько раз. Если сцена неоднократно вызывает тревогу, можно представить пункт иерархии, вызывающий менее выраженное чувство тревоги.

Идеально сконструированная иерархия не должна вызывать тревожности при своем предъявлении. Предъявление последовательности элементов иерархии продолжается до тех пор, пока состояние покоя и отсутствие малейшей тревожности у клиента не будет сохраняться даже при предъявлении высшего элемента иерархии. В течение одного занятия отрабатываются 3–4 ситуации из списка. В случае появления выраженной тревоги, не угашающей при повторных предъявлениях ситуаций, возвращаются к предшествующей ситуации. При простых фобиях всего проводится 4–5 сеансов, в сложных случаях — до 12 и более. Посредством тренировок можно достичь такого результата, когда представление о высоте у больного с гибсофобией уже не вызывает страха. После этого тренировки переносят из лаборатории в реальную действительность.

К методу десенсибилизации *in vivo*, или в реальной жизни, обычно прибегают, если у клиентов возникают трудности с воображением или, напротив, ситуации уже достаточно проработаны в образном плане. Когда десенсибилизация осуществляется *in vivo* (в реальной жизни), а не в воображении: клиенту, находящемуся в состоянии релаксации, постепенно предъявляют предметы, ситуации, вызывающие страх или фобии — например, сталкиваются лицом к лицу с аудиторией или показывают паука. При этом не стоит путать метод систематической десенсибилизации с методом «наводнения» или импловивной терапии (Хоган, 1966), которая заключается во внезапном предъявлении клиенту сцен, вызывающих у него чрезвычайно сильную тревогу. Если десенсибилизация направлена на торможение страха, то методика «наводнения», напротив, основана на его максимальном переживании. В целом же десенсибилизация признается более эффективной, чем метод «наводнения». Кроме того, десенсибилизация имеет дополнительное преимущество — это менее стрессовый метод.

Десенсибилизация *in vivo* (в реальной жизни) включает только два этапа: составление иерархии ситуаций, вызывающих страх, и собственно десенсибилизацию (тренировка в реальных ситуациях). В список ситуаций, вызывающих страх, включаются только те из них, которые могут быть многократно повторены в действительности. На втором этапе врач или медицинская сестра сопровождает больного, побуждает его усиливать страх согласно списку. Следует при этом отметить, что вера в психотерапевта, чувство безопасности, испытываемое в его присутствии, являются противообуславливающими факторами, факторами, повышающими мотивацию к столкновению со стимулами, вызывающими страх. Поэтому эта методика оказывается эффективной только при наличии хорошего контакта психотерапевта с больным.

Тема 11

Психопрофилактика. Профилактика синдрома эмоционального выгорания у врачей

1. Психопрофилактика (определение). Классификация. Задачи. 2. Особенности медицинского труда. 3. Синдром эмоционального выгорания (определение). 4. Клиника синдрома эмоционального выгорания. Стадии формирования. 5. Факторы риска синдрома эмоционального выгорания (личностные, организационные). 6. Профилактика синдрома эмоционального выгорания: общие принципы. 7. Организационные методы профилактики. 8. Приемы «ментальной экологии» по ВОЗ. 9. Техники саморегуляции (аутотренинг, позитивное мышление).

Психопрофилактика (определение). Классификация. Задачи

Под *психопрофилактикой* в медицине «принято понимать систему мероприятий, направленных на изучение психических воздействий на человека, свойств его психики и возможностей предупреждения психогенетических и психосоматических болезней» (Ушаков Г.К., Лакосина Н.Д., 1984).

Б.Д. Карвасарский (1982) рассматривает психопрофилактику как интрадисциплинарную область, цель которой — предупреждение нервно-психических заболеваний.

Профилактическое направление является очень важным в медицине. Психопрофилактика предупреждает возникновение и развитие психических и психосоматических заболеваний и их переход в хроническую форму. По классификации Всемирной организации здравоохранения, психопрофилактика бывает первичной, вторичной и третичной.

Первичная психопрофилактика включает мероприятия по нейтрализации вредных внешних факторов окружающей среды, как биологических, так психологических и социальных. Здесь

врачи работают в сотрудничестве с психологами, социологами, педагогами, юристами. Для профилактики психических и психосоматических болезней людей необходимо обучать поведению в кризисных ситуациях, помогать им осваивать методы защиты от стрессовых воздействий, предотвращать межличностные конфликты, сохранять хороший микроклимат в семьях и коллективах, сводить до минимума риски возникновения зависимостей (алкогольной, наркотической).

Если расстройство психики уже возникло, то речь идет о **вторичной психопрофилактике**. Необходимо как можно раньше распознать это расстройство и начать терапию. С другой стороны, если человек страдает каким-либо заболеванием (гипертонической болезнью, язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки, сахарным диабетом, кожными болезнями и многим другим), то этому обязательно сопутствуют и нервно-психические расстройства, вовремя начатое лечение которых может ускорить выздоровление. К сожалению, практика показывает, что до 70 % лиц, страдающих депрессивными расстройствами, остаются нераспознанными и не получают адекватной помощи.

Третичная психопрофилактика предупреждает неблагоприятные социальные последствия болезни, снижает вероятность рецидивов, адаптирует пациента в семье и обществе, помогает ему вновь начать жить полноценной жизнью. Третичная психопрофилактика направлена на предупреждение инвалидности при наличии у человека нервно-психического заболевания.

Задачи психопрофилактики:

- 1) предотвращение действия на организм болезнетворной причины;
- 2) предупреждение развития заболевания путем раннего его диагностирования и лечения;
- 3) предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

Особенности медицинского труда

Сама профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность и высокий

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

Существует классификация профессий по «критерию трудности и вредности» деятельности (по А.С. Шафрановой):

1) профессии высшего типа — по признаку необходимости постоянной внеурочной работы над предметом и собой (просвещение, искусство, медицина);

2) профессии среднего типа — подразумевают работу только над предметом;

3) профессии низшего типа — после обучения не требуют работы ни над собой, ни над предметом.

Естественным будет отнести профессию врача к профессиям высшего типа именно по необходимости постоянной рефлексии на содержание предмета своей деятельности. Но, кроме этого, хотелось бы выделить совершенно особую специфику врачебного труда. Врач на уровне эмоционального переживания постоянно имеет дело со смертью. Она для него может выступать в трех формах: реальная (бесполезность реанимационных мероприятий, смерть на столе хирурга), потенциальная (когда от результатов деятельности врача, от его профессионализма зависит здоровье, а возможно, и жизнь человека), фантомная (в виде ее могут выступать жалобы на здоровье мнительного человека, страх и тревога хронически больного, взаимоотношения с родственниками тяжелобольных и даже представления о смерти в общественном сознании). В каждом из этих случаев для врача существует проблема невключения своих чувств в ситуацию. Это далеко не всегда удается, потому что со всеми этими образованиями (реальной, потенциальной и фантомной) ему необходимо строить отношения. Естественно, что только эмоционально зрелая, целостная личность в состоянии решать эти задачи и справляться с подобными трудностями.

Синдром эмоционального выгорания (определение)

Термин «синдром эмоционального выгорания» (англ. burn-out — выгорание) был предложен в 1974 г. американским психологом Х. Фрейденбергом для характеристики психологического состояния здоровых людей, которые находятся в интенсивном и тесном общении с клиентами в атмосфере эмоционального перенапряжения. Первоначально феномен выгорания описывался как ухудшение психического и физического самочувствия у представителей таких профессий. Этот термин выражал состояние изнеможения, истощения, с ощущением собственной бесполезности.

С точки зрения В.В. Бойко (2004), выгорание представляет выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

Существует представление о том, что синдром профессионального выгорания — это профессиональный феномен, возникающий вследствие «интоксикации» профессиональной коммуникацией и включающий три основных симптомокомплекса: психоэмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений (Лукьянов В.В., Водопьянова Н.Е., Орел В.Е., 2008).

Согласно определению ВОЗ, синдром профессионального выгорания (burnout syndrome) — это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям, а также употреблением алкоголя или других психоактивных средств с целью получить временное облегчение, что имеет тенденцию к развитию физиологической зависимости и (во многих случаях) суицидального поведения.

Клиника синдрома эмоционального выгорания. Стадии формирования

В настоящее время в зарубежной психологии существует единая точка зрения на сущность выгорания и его структуру (цит. по В.Е. Орлу, 1999). Этот синдром включает в себя три основные составляющие: эмоциональную истощенность; деперсонализацию (цинизм); редукцию профессиональных достижений.

Под **эмоциональным истощением** понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой.

Деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда. В частности, в социальной сфере деперсонализация предполагает бесчувственное, негуманное отношение к клиентам, приходящим для лечения, консультации, получения образования и других социальных услуг. Клиенты воспринимаются не как живые люди, а все их проблемы и беды, с которыми они приходят к профессионалу, с его точки зрения есть благо для них.

Наконец, **редукция профессиональных достижений** — появление у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней.

Как синдром, выгорание включает в себя группу симптомов, которые проявляются вместе. Поскольку выгорание — процесс индивидуальный, не все из них обнаруживаются одновременно, как правило, в картине выгорания имеют место несколько наиболее выраженных симптомов. Вот некоторые из них:

- общее чувство усталости;
- чувство эмоциональной опустошенности;
- неприязнь к работе;
- усилившееся сопротивление выходу на работу;
- специалист поздно появляется на работе и рано уходит, часто опаздывает;
- неопределенное чувство, будто что-то не так, неопределенное беспокойство, тревога;
- работа становится все тяжелее и тяжелее, а способность выполнять ее все меньше и меньше;
- профессионал рано приходит на работу и остается надолго, берет работу домой;
- чувство вины, самообвинения, депрессия, подверженность несчастным случаям;
- неуверенность, сомнения в своей компетентности;
- неспособность принимать решения;
- чувство разочарования, снижение уровня энтузиазма, утрачивается творческий подход к работе;
- трудности с концентрацией внимания;
- раздражительность, обидчивость;

- легко возникающее чувство гнева;
- негативный настрой, пессимистичные мысли;
- утрата чувства юмора;
- чрезмерно повышенное чувство ответственности за пациентов, клиентов;
- растущее избегание: дистанцирование от клиентов (старается меньше встречаться с ними, отказывается от встреч, общается в безличной формальной манере) и стремление к дистанцированию от коллег, склонность к уединению;
- чувство не востребоваемости, подозрительность;
- жесткость и ригидность в мышлении, изменения требуют энергии и риска, являясь большой угрозой для истощенной личности;
- специалист сконцентрирован на деталях; неукоснительно, буквально соблюдает правила;
- равнодушие и бессилие;
- осуждение клиента, циничное презрительное отношение к ним и труду;
- общая негативная установка на жизненные перспективы, ощущение бессмысленности происходящих событий;
- мысли о смене места работы, профессии;
- злоупотребление химическими агентами (кофе, табак, алкоголь, наркотики).

Люди, подверженные выгоранию, склонны испытывать большое количество проблем, связанных со здоровьем. Проявления синдрома выгорания на физическом уровне могут включать в себя:

- повышенную утомляемость, чувство истощения на протяжении всего дня;
- восприимчивость к изменениям показателей внешней среды;
- частые головные боли;
- расстройства желудочно-кишечного тракта;
- отсутствие аппетита или переедание, что ведет к избытку или недостатку веса;
- нарушения сна, бессонницу;
- повышенную восприимчивость к инфекциям.

Выгорание и неудовлетворенность работой оказывают влияние на семейные отношения — возрастает количество семейных конфликтов.

Развитие синдрома носит стадийный характер. Сначала наблюдаются значительные энергетические затраты — следствие чрезмерно высокой положительной установки на выполнение профессиональной деятельности. По мере развития синдрома появляется чувство усталости, которое постепенно сменяется разочарованием, снижением интереса к своей работе. Согласно концепции М. Буриша, в развитии синдрома эмоционального выгорания можно выделить несколько главных фаз (табл. 2).

Таблица 2

Фазы развития синдрома эмоционального выгорания

№	Фаза	Характеристика
1	2	3
1	Предупреждающая	<p>А) Чрезмерное участие:</p> <ul style="list-style-type: none"> – чрезмерная активность, чувство незаменимости; – отказ от потребностей, не связанных с работой; – вытеснение неудач и разочарований; – ограничение социальных контактов. <p>Б) Истощение:</p> <ul style="list-style-type: none"> – чувство усталости; – бессонница; – угроза несчастных случаев
2	Снижение уровня собственного участия	<p>А) По отношению к сотрудникам, пациентам и т.д.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – потеря положительного восприятия коллег; – переход от помощи к надзору и контролю; – приписывание вины за собственные неудачи другим людям; – доминирование стереотипов в поведении по отношению к сотрудникам, пациентам — проявления негуманного подхода к людям. <p>Б) По отношению к остальным окружающим:</p> <ul style="list-style-type: none"> – отсутствие эмпатии, безразличие, циничные оценки. <p>В) По отношению к профессиональной деятельности:</p> <ul style="list-style-type: none"> – нежелание выполнять свои обязанности; – искусственное продление перерывов в работе, опоздания, уход с работы раньше времени; – акцент на материальный аспект при одновременной неудовлетворенности работой. <p>Г) Возрастание требований:</p> <ul style="list-style-type: none"> – потеря жизненного идеала, концентрация на собственных потребностях; – острое переживание того, что другие люди используют тебя, зависть

1	2	3
3	Эмоциональные реакции	<p>А) Депрессия:</p> <ul style="list-style-type: none"> – постоянное чувство вины, снижение самооценки; – безосновательные страхи, лабильность настроений, апатия. <p>Б) Агрессия:</p> <ul style="list-style-type: none"> – защитные установки, обвинение других, игнорирование своего участия в неудачах; – отсутствие толерантности и способности к компромиссу; – подозрительность, конфликты с окружением
4	Деструктивное поведение	<p>А) Сфера интеллекта:</p> <ul style="list-style-type: none"> – снижение концентрации внимания, отсутствие способности к выполнению сложных заданий; – ригидность мышления, отсутствие воображения. <p>Б) Мотивационная сфера:</p> <ul style="list-style-type: none"> – отсутствие собственной инициативы, снижение эффективности деятельности, выполнение заданий строго по инструкциям. <p>В) Эмоционально-социальная сфера:</p> <ul style="list-style-type: none"> – безразличие, избегание неформальных контактов; – отсутствие участия в жизни других людей либо чрезмерная привязанность к конкретному лицу; – избегание тем, связанных с работой; – самодостаточность, одиночество, отказ от хобби, скука
5	Психосоматические реакции	<ul style="list-style-type: none"> – Снижение иммунитета; – неспособность к релаксации в свободное время; – бессонница, сексуальные расстройства; – повышенное давление, тахикардия, головные боли; – боли в позвоночнике, расстройства пищеварения; – зависимость от никотина, кофеина, алкоголя
6	Разочарование	<ul style="list-style-type: none"> – Отрицательная жизненная установка; – чувство беспомощности и бессмысленности жизни; – экзистенциальное отчаянье

Дж. Гринберг предлагает рассматривать эмоциональное выгорание как пятиступенчатый прогрессирующий процесс.

1. Первая стадия эмоционального выгорания — «медовый месяц». Работник обычно *доволен работой и заданиями*, относится к ним с энтузиазмом. Однако по мере продолжения рабочих стрессов профессиональная деятельность начинает приносить все меньше удовольствия и работник становится менее энергичным.

2. Вторая стадия — «недостаток топлива». ***Появляются усталость, апатия, могут возникнуть проблемы со сном.*** При отсутствии дополнительной мотивации и стимулирования у работника теряется интерес к своему труду или исчезает привлекательность работы в данной организации и продуктивность его деятельности. Возможны нарушения трудовой дисциплины и отстраненность (дистанцирование) от профессиональных обязанностей. В случае высокой мотивации работник может продолжать гореть, подпитываясь внутренними ресурсами, но в ущерб своему здоровью.

3. Третья стадия — хронические симптомы. Чрезмерная работа без отдыха, особенно трудоголиков, приводит к таким физическим явлениям, как измождение и подверженность заболеваниям, а также к психологическим переживаниям — хронической раздражительности, обостренной злобе или чувству подавленности, «загнанности в угол». Постоянное переживание нехватки времени (синдром менеджера).

4. Четвертая стадия — кризис. Как правило, развиваются хронические заболевания, в результате чего человек частично или полностью теряет работоспособность. Усиливаются переживания неудовлетворенности собственной эффективностью и качеством жизни.

5. Пятая стадия эмоционального выгорания — «пробивание стены». Физические и психологические проблемы переходят в острую форму и могут спровоцировать развитие опасных заболеваний, угрожающих жизни человека. У работника появляется столько проблем, что его карьера находится под угрозой.

Факторы риска синдрома эмоционального выгорания

В ряде исследований данного синдрома рассматривается вопрос о связи выгорания с различными факторами, способствующими или, наоборот, тормозящими его развитие.

Организационные факторы

Достаточно часто ответственность за выгорание возлагается только на специалиста, и это не вполне справедливо, так как мно-

гие значимые переменные стресса, ведущего к выгоранию, включены в профессиональную должность или содержатся в самой структуре учреждения, в ее организационной культуре.

В учреждениях, подверженных выгоранию, было обнаружено несколько сходных условий профессиональной деятельности:

1. Администрация предъявляет высокие, порой чрезмерные требования к работе сотрудников (при этом ожидания неясны или нереалистичны).

2. Реальные стратегии руководства неоднозначны, часто противоречивы.

3. Сотрудники чувствуют дополнительную персональную ответственность и вовлеченность в судьбу клиентов, т.е. вкладывают в работу значительные личностные ресурсы.

4. При этом деятельность специалистов не ценится, не получает достаточно признания и положительной оценки как моральной, так и материальной.

5. Стилль руководства, включает в себя обратную связь только негативного характера («Я скажу тебе, если ты ошибешься»).

6. Ответственность за принятие решений возлагается при отсутствии соответствующих полномочий.

7. Реальные полномочия работника по внесению изменений и принятию решений отличаются от тех, которые определены организацией в сторону уменьшения контроля специалиста над тем, что или как он делает.

8. Строгая регламентация времени работы и высокая нагрузка, особенно при нереальных сроках ее исполнения.

9. Деятельность (из-за своей специфики или специфики клиентов) не ассоциируется с успешными результатами — например, работа с умирающими больными.

10. Работа с «немотивированными» клиентами, постоянно сопротивляющимися усилиям консультанта помочь им, и незначительные, трудно ощутимые результаты такой работы.

11. Специалист не имеет возможности дальнейшего обучения и профессионального совершенствования.

12. Отсутствуют условия для самовыражения личности на работе, в частности не поощряются, а подавляются экспериментирование и инновации.

13. Напряженность и конфликты в профессиональной среде, недостаточная поддержка со стороны коллег и их излишняя критическая настроенность.

Так же как и у человека, страдающего от выгорания, в организациях проявляются различные симптомы этого явления:

- высокая текучесть кадров (частая смена персонала);
- снижение вовлеченности сотрудников в работу, прогрессирующее падение инициативы;
- недостаток сотрудничества среди персонала;
- развитие критического отношения к сотрудникам;
- враждебная атмосфера в коллективе и наличие конфликтующих группировок;
- поиск козла отпущения;
- режим зависимости, проявляющийся в виде гнева на руководство и проявлении беспомощности и безнадёжности;
- рост чувства неудовлетворенности от работы;
- проявления негативизма относительно роли или функции учреждения или подразделения.

Доля организационных факторов в развитии СЭВ достаточно велика. И руководители учреждений или заведующие отделениями могут учитывать их в целях профилактики и предупреждения выгорания у подчиненных, что будет способствовать повышению качества предоставляемых услуг.

Личностные факторы

К ним исследователи относят возраст, пол, семейное положение, уровень образования, особенности личности работника и т.д.

Пол и возраст. Замечено, что у женщин в большей степени развивается эмоциональное истощение, чем у мужчин, и что двадцатилетние имеют более выраженные переживания эмоционального выгорания, чем люди более зрелого возраста.

Семейное положение. Изучая СЭВ у учителей, В.С. Собкин выявил заметное значение семейного статуса. Если среди состоящих в браке каждый третий со страхом и пессимизмом ждет завтрашнего дня (31,2 %), то среди не состоящих — лишь каждый десятый (12,0 %). Среди имеющих детей доля испытывающих страх и пессимизм составляет 34,2 %, среди бездетных — 5,9 %.

Локус контроля. Сравнивая развитие феномена выгорания среди учителей престижных частных школ Англии и государственных школ центра Австралии, исследователи Пирс Марк и Джефри Молли выяснили, что скорость выгорания не связана с оплатой труда. Незначимыми оказались также уровень интеллекта и объективная трудность биографии. Значимым оказался лишь один фактор — локус контроля, т.е. склонность человека брать на себя или отдавать внешним обстоятельствам ответственность за происходящее. Внутренний локус контроля, т.е. готовность видеть в себе причину происходящего, а значит, искать пути для изменений, предохраняет от выгорания. Его наличие не зависит от возраста, но всегда характерно для личностно зрелых людей. Внешний же локус контроля, т.е. стремление перекладывать ответственность на внешние обстоятельства, свойственно людям инфантильным, зависимым, ищущим опору в ком-нибудь более сильном. Эта черта личности предрасполагает к ощущению беспомощности и ведет к быстрому выгоранию.

Принадлежность к типу А. Обнаружена определенная взаимосвязь развития синдрома и реагирования на стресс. Наиболее уязвимыми являются лица, принадлежащие к типу А: с агрессивной реакцией, с остроконкурентной установкой. Тип А проявляется в ориентированности на успех и нетерпеливости. Люди типа В, напротив, неагрессивны, не склонны к соперничеству, расслабленны, неспешны и спокойны. Кроме того, для типа А свойствен тот идеалистический энтузиазм, та сверхувлеченность работой, та «пламенность», которая и приводит к выгоранию. Как это ни парадоксально, именно преданность работе, представления о ней как о предназначении или миссии в сочетании с высокими требованиями к себе часто заканчиваются синдромом выгорания.

Созависимость. Другой предрасполагающей к выгоранию чертой является созависимость. В этом случае профессионал испытывает сильную потребность чувствовать себя необходимым, значимым, принимаемым и ценимым. Испытывая трудности с поиском признания в повседневной жизни и удовлетворяя эту потребность в работе, он часто сужает свой мир до работы, где содержится большинство положительных эмоций. Поэтому профессиональные угрозы и стрессы такие специалисты переживают как угрозу своим надеждам, целям и смыслу существования.

Другие особенности, увеличивающие восприимчивость к выгоранию, таковы: высокая тревожность, гиперответственность, завышенные требования к себе.

Профилактика синдрома эмоционального выгорания: общие принципы

Для предупреждения формирования синдрома эмоционального выгорания необходимы следующие условия:

1. Обладание информацией о проблеме, способность распознать проблему. Когда имеющийся стресс актуализируется, специалист активно с ним работает. Например, один из вариантов — критический дебрифинг.

2. Забота о зрелости собственной личности, т.е. о личностном росте. Показано, что зрелая личность менее подвержена выгоранию. Поэтому Британской медицинской ассоциацией внесено предложение изменить весь принцип построения медицинского образования, где на первом месте стоит забота о личностном росте специалиста.

3. Забота о себе, о реализации собственных желаний, побуждений, интересов. Отвечая себе на вопрос: «Чем бы я занимался, если бы не посвятил себя своей профессии?», профессионал может обнаружить области, способные стать для него отдушиной, иной сферой самореализации.

4. Организация социальной поддержки. Практически во всех исследованиях показана отрицательная корреляция между выгоранием и социальной поддержкой. Показано, что врач со стажем более 15–20 лет скрывает принадлежность к медицинской профессии, скрывает имеющиеся психологические проблемы и не склонен раскрываться перед кем-либо, за исключением семейного окружения. Кроме этого, показано, что наиболее патогенным воздействием обладают конфликты с вышестоящим начальством. Тогда как социальная поддержка смягчает все компоненты выгорания.

5. Стимулирование работника (денежное и моральное). Здесь на первое место выступает соотнесение затрат труда и вознаграждение, что воспринимается как социальная справедливость.

Организационные методы профилактики

Организационный подход к профилактике СЭВ представляет собой психогигиеническую и психопрофилактическую организацию труда врача. Его цель — обеспечение квалифицированного и своевременного выявления и диагностики предрасполагающих и начальных признаков выгорания, а также обеспечение возможностей их коррекции, терапии и восстановления эмоционального равновесия сотрудников. Для этого необходимо наличие подготовленного специалиста (клинического психолога, психотерапевта), кабинетов, достаточно оснащенных для психодиагностики, психокоррекционной и психотерапевтической работы. Кроме того, организационный подход подразумевает обеспечение правовой, юридической и физической безопасности сотрудников при оказании ими специализированной помощи как необходимого условия предупреждения экстремальных стрессовых ситуаций.

Восстановление эмоционального равновесия для специалистов, оказывающих скорую и неотложную медицинскую помощь, возможно с помощью сеансов релаксации, обеспечения организованной работы тренажерных залов, спортивных секций и кружков для сотрудников, а также культурных и культурно-массовых мероприятий. Обеспечение терапии, коррекции и профессионально-личностного роста достигается путем работы тренинговых, дискуссионных, динамических психотерапевтических групп, балинтовских групп и супервизии.

Работа специалистов на таких мероприятиях проводится в рабочее время, необходимая для терапии и коррекции документация заводится и оформляется в соответствии с существующими законами и нормативными актами. Ответственный сотрудник — клинический психолог, психотерапевт — в ходе такой профилактической работы может извещать администрацию ЛПУ об увеличении диагностируемых и проявляемых признаков выгорания сотрудников на определенных участках работы с целью своевременного снижения уровня перегрузок и обеспечения адекватных профилактических и коррекционных мер.

Приемы «ментальной экологии» по ВОЗ

Ментальное здоровье (mental health) — не является просто отсутствием психического расстройства. Оно определяется как состояние благополучия человека, которое позволяет ему реализовать собственный потенциал, помогает противостоять стрессу, продуктивно работать и вносить свой вклад в развитие общества (ВОЗ, 2001).

У каждого человека есть пути сохранения и развития ментальной экологии.

Общие:

1. Возможность свободно выражать чувства и эмоции, выплескивать их. Каждый терапевт может получать от своих пациентов негативные чувства, которые имеют способность накапливаться.

2. Возможность выполнять свои желания. Многие из терапевтов живут в мире, где правит «надо». Возможность исполнять свои желания, где одно из самых частых — побыть в покое.

3. Возможность переключиться и погрузиться. Временно выполнять другую роль, выйти за пределы иерархии, стать анонимом. Традиции периодической алкоголизации до выраженных форм опьянения представляют собой принятый вариант переключения и погружения.

4. Сбалансированность нагрузок.

Специальные:

1. Участие в работе профессиональных групп.

2. Пребывание в профессиональной субкультуре, среди коллег.

3. Работа со специальной литературой, специальными видеопленками.

4. Повышение уровня квалификации специалиста.

Техники саморегуляции (аутотренинг, позитивное мышление)

Саморегуляцию можно определить как способ мобилизации внутренних ресурсов, дремлющих потенциальных возможностей человека, в том числе и его интуиции. Способ наладить отноше-

ния с окружающими, способ достижения внутреннего равновесия и спокойствия.

К специальным методам саморегуляции относится также система аутотренинга или аутогенная тренировка, прогрессивная мышечная релаксация — снижение чувствительности и медитация. Поскольку это довольно объемные системы саморегуляции, то в данном случае их предлагается рассмотреть отдельно.

Аутогенная тренировка, или аутотренинг (от греч. autos — сам, genos — род, самостоятельно развивающийся) — это особая методика самовнушения на фоне максимального мышечного расслабления. Аутотренинг был предложен австрийским психиатром Иоганном Шульцем в 1932 г. Данный метод был изучен особенно тщательно в сравнении с любой другой аналогичной техникой. В настоящее время существуют самые различные модификации этого метода.

Классическая методика И. Шульца включает шесть стандартных упражнений:

1. Направленная мышечная релаксация посредством образного ощущения тяжести в такой последовательности: правая рука — левая рука — правая нога — левая нога — туловище.

2. Навык произвольного расслабления кровеносных сосудов. Когда мысленно пробуем ощутить тепло в теле. Последовательность та же: правая рука — левая рука... — туловище.

3. Совершенствование навыков произвольного дыхания.

4. Произвольное расширение кровеносных сосудов внутренних органов.

5. Произвольное изменение частоты сердечных сокращений в сторону учащения или замедления.

6. Управление сосудистыми реакциями в области головы, направленное на сужение кровеносных сосудов. Для этого используется представление прохлады, ветра в области лба и висков.

Задача аутотренинга — снятие нервно-психической напряженности, быстрое восстановление сил, управление эмоциональным состоянием. Этот метод также применяется для ослабления неприятных ощущений.

Прогрессивная мышечная релаксация. Этот метод саморегуляции используют в положении лежа на спине или сидя в удобном кресле. Данная техника релаксации, разработанная Эдмун-

дом Якобсоном, основывается на таком изменении физического состояния, которое вызвало бы позитивные изменения в мозге и висцеральной нервной системе. Ментальные образы используются для снижения чувствительности к стрессовым, беспокоящим факторам и ситуациям. Он предложил программу, которую многие бихевиоральные психотерапевты адаптировали для лечения большого числа психоэмоциональных и физических расстройств.

Э. Якобсон считает, что большинство людей утратили способность адекватно оценивать степень напряжения мышц. В этой связи у них постоянно присутствует хроническое мышечное напряжение и сопутствующая ему тревога. Техника прогрессивной мышечной релаксации вначале предполагает приобретение человеком знаний о том, какие мышцы в его теле напряжены, а какие расслаблены. Задачей этого метода является обучение достижению произвольного расслабления скелетной мускулатуры.

Занятия по снижению чувствительности (десенситизации) обучают достижению реакции релаксации в условиях действия стрессовых и провоцирующих тревогу факторов. Данный метод хорошо зарекомендовал себя как средство преодоления страха, тика, эмоционального напряжения во время сдачи экзаменов, при необходимости проводить публичные выступления, когда человека преследуют навязчивые, беспокоящие и утрашающие мысли, головные боли, ощущение нервозности и т.д. Поэтому хотя мышечное расслабление порой занимает довольно много времени, этим стоит периодически заниматься, особенно в насыщенные стрессами периоды жизни — для старшеклассников это в основном моменты подготовки и сдачи выпускных и вступительных экзаменов. Мышечное расслабление можно использовать как самостоятельную часть для саморегуляции или же сочетать с ментальным расслаблением.

Позитивное мышление. В 1905 г. английский психолог Уильям Джемс сделал уникальное открытие, согласно которому смена психологической установки оказывает влияние на жизненные обстоятельства человека. Он утверждает, что для того, чтобы изменить внешний мир, нужно изменить самого себя. Согласно его теории, существует закон притяжения, по которому мы воздействуем на ход нашей жизни как магнит. При этом в зависимости от направленности мысли человек сам притягивает как пози-

тивные, так и негативные ситуации. Притяжение это тем больше, чем больший эмоциональный заряд несут эти мысли.

Позитивное мышление — это умение здраво рассуждать и анализировать свои чувства, безусловная любовь к самому себе, принятие самого себя таким, какой вы есть, со всеми вашими положительными и отрицательными сторонами, восприятие мира с позиций «я — хороший, ты — хороший», «мир вокруг меня — хороший», любовь к тому делу, которое приносит средства к существованию.

Существует три основных направления позитивного мышления:

1. Позитивные утверждения — аффирмации — убеждающие высказывания с акцентом на то, что человек желает иметь (способности, умения, качества и отношения).

2. Позитивный настрой — самонастрой или вера, что все получится.

3. Позитивное мышление — умение «правильно» смотреть на мир, основанное на восприятии событий или процессов в позитивном ключе.

Тестовые вопросы для самоконтроля

1. Работа по предупреждению возникновения дезадаптации (например, у сотрудников медицинской организации):

- А) психологическое консультирование;
- Б) психопрофилактика;
- В) психотерапия.

2. Деперсонализация как составляющая СЭВ предполагает:

- А) чувство некомпетентности работника в своей профессиональной сфере;
- Б) циничное отношение к труду и объектам своего труда;
- В) чувство опустошенности и усталости, вызванное работой.

3. Осознание работником неуспеха в профессиональной сфере в структуре синдрома эмоционального выгорания представляет собой:

- А) редукцию профессиональных достижений;
 - Б) деперсонализацию;
 - В) эмоциональное истощение.
4. К организационным факторам, способствующим развитию СЭВ, относятся все перечисленные, за исключением:
- А) противоречивых стратегий руководства;
 - Б) трудности в дальнейшем обучении профессионала;
 - В) высокого уровня нагрузки;
 - Г) потребности профессионала чувствовать себя необходимым и значимым.
5. Организационные факторы предполагают:
- А) нарушение взаимоотношений в коллективе;
 - Б) высокий уровень субъективного контроля.
6. Личностные факторы предполагают:
- А) нарушение взаимоотношений в коллективе;
 - Б) высокий уровень субъективного контроля.
7. Принадлежность к типу «А» поведения относится к ... факторам риска СЭВ:
- А) организационным;
 - Б) личностным;
 - В) коллективным;
 - Г) социальным.
8. Равнодушие и бессилие относится к изменениям:
- А) в чувствах;
 - Б) мышлении;
 - В) здоровье;
 - Г) поведении.
9. Стадия «медового месяца» по Дж. Гринбергу предполагает:
- А) удовлетворенность трудом, чувство «всесильности»;
 - Б) усталость, утомление, нежелание общаться с клиентами;
 - В) нарушения сна, аппетита.

10. Работа по профилактике и психотерапии СЭВ в профессиональных сообществах проводится в группах:

- А) тренинговых;
- Б) балинтовских;
- В) профессиональных;
- Г) социальных.

Список литературы по теме

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. — М., 1996. — 472 с.

2. Вид В.Д., Лозинская И.И. Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии // Российский психиатрический журнал. — 1998. — № 1. — С. 19–21.

3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Психология управления персоналом. Психическое выгорание: учеб. пособие для академического бакалавриата. — Изд. 3-е, испр. и доп. М.: Юрайт, 2017. — 343 с.

4. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. — М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 1999.

5. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Психологический журнал. — 2001. — № 1. — С. 90–101.

6. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. — 2002. — № 3. — С. 85–95.

7. Чердымова Е.И., Чернышова Е.Л., Мачнев В.Я. Синдром эмоционального выгорания специалиста: моногр. — Самара: Изд-во Самар. ун-та, 2019.

Практическая часть

Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко (по: Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Самара, 1999)

Инструкция: Если вы являетесь специалистом в сфере взаимодействия с людьми, вам будет интересно увидеть, в какой сте-

пени у вас сформировалась психологическая защита в форме эмоционального выгорания. Читайте суждения и отвечайте «да» или «нет». Примите во внимание, что, когда в формулировках опросника идет речь о партнерах, то имеются в виду субъекты вашей профессиональной деятельности — пациенты, клиенты, потребители, заказчики, учащиеся и другие люди, с которыми вы ежедневно работаете.

1. Организационные недостатки на работе постоянно заставляют нервничать, переживать, напрягаться.

2. Сегодня я доволен своей профессией не меньше, чем в начале карьеры.

3. Я ошибся в выборе профессии или профиля деятельности (занимаю не свое место).

4. Меня беспокоит то, что я стал хуже работать (менее продуктивно, качественно, медленнее).

5. Теплота взаимодействия с партнерами очень зависит от моего настроения — хорошего или плохого.

6. От меня как профессионала мало зависит благополучие партнеров.

7. Когда я прихожу с работы домой, то некоторое время (часа 2–3) мне хочется побыть наедине, чтобы со мной никто не общался.

8. Когда я чувствую усталость или напряжение, то стараюсь поскорее решить проблемы партнера (свернуть взаимодействие).

9. Мне кажется, что эмоционально я не могу дать партнерам того, что требует профессиональный долг.

10. Моя работа притупляет эмоции.

11. Я откровенно устал от человеческих проблем, с которыми приходится иметь дело на работе.

12. Бывает, я плохо засыпаю (сплю) из-за переживаний, связанных с работой.

13. Взаимодействие с партнерами требует от меня большого напряжения.

14. Работа с людьми приносит все меньше удовлетворения.

15. Я бы сменил место работы, если бы представилась возможность.

16. Меня часто расстраивает то, что я не могу должным образом оказать партнеру профессиональную поддержку, услугу, помощь.

17. Мне всегда удается предотвратить влияние плохого настроения на деловые контакты.

18. Меня очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с деловым партнером.

19. Я настолько устаю на работе, что дома стараюсь общаться как можно меньше.

20. Из-за нехватки времени, усталости или напряжения часто уделяю партнеру меньше внимания, чем положено.

21. Иногда самые обычные ситуации общения на работе вызывают раздражение.

22. Я спокойно воспринимаю обоснованные претензии партнеров.

23. Общение с партнерами побудило меня сторониться людей.

24. При воспоминании о некоторых коллегах по работе или партнерах у меня портится настроение.

25. Конфликты или разногласия с коллегами отнимают много сил и эмоций.

26. Мне все труднее устанавливать или поддерживать контакты с деловыми партнерами.

27. Обстановка на работе мне кажется очень трудной, сложной.

28. У меня часто возникают тревожные ожидания, связанные с работой: что-то должно случиться, как бы не допустить ошибки, смогу ли сделать все, как надо, не сократят ли и т.п.

29. Если партнер мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или меньше уделять ему внимания.

30. В общении на работе я придерживаюсь принципа: «не делай людям добра, не получишь зла».

31. Я охотно рассказываю домашним о своей работе.

32. Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты).

33. Порой я чувствую, что надо проявить к партнеру эмоциональную отзывчивость, но не могу.

34. Я очень переживаю за свою работу.

35. Партнерам по работе отдаешь внимания и заботы больше, чем получаешь от них признательности.

36. При мысли о работе мне обычно становится не по себе: начинает колоть в области сердца, повышается давление, появляется головная боль.

37. У меня хорошие (вполне удовлетворительные) отношения с непосредственным руководителем.

38. Я часто радуюсь, видя, что моя работа приносит пользу людям.

39. Последнее время (или как всегда) меня преследуют неудачи в работе.

40. Некоторые стороны (факты) моей работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние.

41. Бывают дни, когда контакты с партнерами складываются хуже, чем обычно.

42. Я разделяю деловых партнеров (субъектов деятельности) хуже, чем обычно.

43. Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми.

44. Я обычно проявляю интерес к личности партнера помимо того, что касается дела.

45. Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении.

46. Я иногда ловлю себя на том, что работаю с партнерами автоматически, без души.

47. По работе встречаются настолько неприятные люди, что невольно желаешь им чего-нибудь плохого.

48. После общения с неприятными партнерами у меня бывает ухудшение физического или психического самочувствия.

49. На работе я испытываю постоянные физические или психологические перегрузки.

50. Успехи в работе вдохновляют меня.

51. Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется безысходной (почти безысходной).

52. Я потерял покой из-за работы.

53. На протяжении последнего года была жалоба (были жалобы) в мой адрес со стороны партнеров.

54. Мне удастся беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с партнерами я не принимаю близко к сердцу.

55. Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции.

56. Я часто работаю через силу.

57. Прежде я был более отзывчивым и внимательным к партнерам, чем теперь.

58. В работе с людьми руководствуюсь принципом: не трать нервы, береги здоровье.

59. Иногда иду на работу с тяжелым чувством: как все надое-
ло, никого бы не видеть и не слышать.

60. После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание.

61. Контингент партнеров, с которым я работаю, очень трудный.

62. Иногда мне кажется, что результаты моей работы не сто-
ят тех усилий, которые я затрачиваю.

63. Если бы мне повезло с работой, я был бы более счастлив.

64. Я в отчаянии из-за того, что на работе у меня серьезные
проблемы.

65. Иногда я поступаю со своими партнерами так, как не хо-
тел бы, чтобы поступали со мной.

66. Я осуждаю партнеров, которые рассчитывают на особое
снисхождение, внимание.

67. Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься
домашними делами.

68. Обычно я тороплю время: скорей бы рабочий день кончился.

69. Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно
меня искренне волнуют.

70. Работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защи-
щающий от чужих страданий и отрицательных эмоций.

71. Работа с людьми (партнерами) очень разочаровала меня.

72. Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства.

73. Как правило, мой рабочий день проходит спокойно и легко.

74. Мои требования к выполняемой работе выше, чем то,
чего я достигаю в силу обстоятельств.

75. Моя карьера сложилась удачно.

76. Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой.

77. Некоторых из своих постоянных партнеров я не хотел бы
видеть и слышать.

78. Я одобряю коллег, которые полностью посвящают себя
людям (партнерам), забывая о собственных интересах.

79. Моя усталость на работе обычно мало сказывается (никак
не сказывается) в общении с домашними и друзьями.

80. Если предоставляется случай, я уделяю партнеру меньше
внимания, но так, чтобы он этого не заметил.

81. Меня часто подводят нервы в общении с людьми на работе.

82. Ко всему (почти ко всему), что происходит на работе, я утратил интерес, живое чувство.

83. Работа с людьми плохо повлияла на меня как профессионала — обозлила, сделала нервным, притупила эмоции.

84. Работа с людьми явно подрывает мое здоровье.

Обработка данных. Поскольку признаки, включенные в симптом, имеют разное значение в определении его тяжести. Каждый вариант ответа предварительно оценен тем или иным числом баллов, который указывается в «ключе» рядом с номером суждения в скобках. Максимальную оценку — 10 баллов — получил признак, наиболее показательный для симптома.

В соответствии с «ключом» осуществляются следующие вычисления:

1) определяется сумма баллов отдельно для каждого из 12 симптомов выгорания;

2) подсчитывается сумма показателей симптомов для каждой из трех фаз формирования выгорания;

3) находится итоговый показатель синдрома эмоционального выгорания — сумма показателей всех 12 симптомов.

НАПРЯЖЕНИЕ

1. Переживание психотравмирующих обстоятельств:

+1 (2), +13 (3), +25 (2), -37 (3), +49 (10), +61 (5), -73 (5).

2. Неудовлетворенность собой:

-2 (3), +14 (2), +26 (2), -38 (10), -50 (5), +62 (5), +74 (3).

3. Загнанность в клетку:

+3 (10), +15 (5), +27 (2), +39 (2), +51 (5), +63 (1), -75 (5).

4. Тревога и депрессия:

+4 (2), +16 (3), +28 (5), +40 (5), +52 (10), +64 (2), +76 (3).

РЕЗИСТЕНЦИЯ

1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование:

+5 (5), -17 (3), +29 (10), +41 (2), +53 (2), +65 (3), +77 (5).

2. Эмоционально-нравственная дезориентация:

+6 (10), -18 (3), +30 (3), +42 (5), +54 (2), +66 (2), -78 (5).

3. Расширение сферы экономии эмоций:

+7 (2), +19 (10), -31 (2), +43 (5), +55 (3), +67 (3), -79 (5).

4. Редукция профессиональных обязанностей:
+8 (5), +20 (5), +32 (2), -44 (2), +56 (3), +68 (3), +80 (10).

ИСТОЩЕНИЕ

1. Эмоциональный дефицит:
+9 (3), +21 (2), +33 (5), -45 (5), +57 (3), -69 (10), +81 (2).
2. Эмоциональная отстраненность:
+10 (2), +22 (3), -34 (2), +46 (3), +58 (5), +70 (5), +82 (10).
3. Личностная отстраненность (деперсонализация):
+11 (5), +23 (3), +35 (3), +47 (5), +59 (5), +71 (2), +83 (10).
4. Психосоматические и психовегетативные нарушения:
+12 (3), +24 (2), +36 (5), +48 (3), +60 (2), +72 (10), +84 (5).

Интерпретация результатов. Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов:

- 9 и менее баллов — несложившийся симптом;
- 10–15 баллов — складывающийся симптом;
- 16 и более баллов — сложившийся симптом.

Симптомы с показателями 20 и более баллов относятся к доминирующим в фазе или во всем синдроме эмоционального выгорания.

Методика позволяет увидеть ведущие симптомы выгорания. Существенно важно отметить, к какой фазе формирования стресса относятся доминирующие симптомы и в какой фазе их наибольшее число.

Дальнейший шаг в интерпретации результатов опроса — осмысление показателей фаз развития стресса — «напряжение», «резистенция» и «истощение». В каждой из них оценка возможна в пределах от 0 до 120 баллов. Однако сопоставление баллов, полученных для фаз, неправомерно, ибо не свидетельствует об их относительной роли или вкладе в синдром, поскольку измеряемые в них явления существенно разные: реакция на внешние и внутренние факторы, приемы психологической защиты, состояние нервной системы.

По количественным показателям правомерно судить только о том, насколько каждая фаза сформировалась, какая фаза сформировалась в большей или меньшей степени:

- 36 и менее баллов — фаза не сформировалась;
- 37–60 баллов — фаза в стадии формирования;
- 61 и более баллов — сформировавшаяся фаза.

Описание фаз и симптомов выгорания

(Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других. — М., 1996. — С. 132–153)

Фаза «напряжения»

Нервное (тревожное) напряжение служит предвестником и «запускающим» механизмом в формировании эмоционального выгорания. Напряжение имеет динамический характер, что обуславливается изматывающим постоянством или усилением психотравмирующих факторов. Тревожное напряжение включает несколько симптомов:

1. Симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств».

Проявляется усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, которые трудно или вовсе неустранимы. Раздражение постепенно растет, накапливаются отчаяние и негодование. Неразрешимость ситуации приводит к развитию прочих явлений выгорания.

2. Симптом «неудовлетворенности собой».

В результате неудач или неспособности повлиять на психотравмирующие обстоятельства человек обычно испытывает недовольство собой, избранной профессией, занимаемой должностью, конкретными обязанностями. Действует механизм «эмоционального переноса» — энергетика направляется не только и не столько вовне, сколько на себя.

В этой схеме особое значение имеют внутренние факторы, способствующие появлению эмоционального выгорания: интенсивная интериоризация обязанностей, роли, обстоятельства деятельности, повышена совестливость и чувство ответственности. На начальных этапах выгорания они нагнетают напряжение, а на последующих провоцируют психологическую защиту.

3. Симптом «загнанности в клетку»

Возникает не во всех случаях, хотя выступает логическим продолжением развивающегося стресса. Когда психотравмирующие обстоятельства очень давят и устранить их невозможно, к нам часто приходит чувство безысходности. Мы пытаемся что-то изменить, еще и еще раз обдумываем неудовлетворительные аспекты своей работы. Это состояние интеллектуально-эмоционального затора, тупика. В жизни мы часто ощущаем состояние «загнанности в клетку», и не только по поводу профессиональной деятельности.

4. Симптом «тревоги и депрессии».

Обнаруживается в связи с профессиональной деятельностью в особо осложненных обстоятельствах побуждающих к эмоциональному выгоранию, как средству психологической защиты. Чувство неудовлетворенности работой и собой порождают мощные энергетические напряжения в форме переживания ситуативной или личностной тревоги, разочарование в себе, в избранной профессии, в конкретной должности или месте службы. Симптом «тревоги и депрессии» — крайняя точка в формировании тревожной напряженности при развитии эмоционального выгорания.

Фаза «резистенции»

Вычленение этой фазы в самостоятельную весьма условно. Фактически сопротивление нарастающему стрессу начинается с момента появления тревожного напряжения. Это естественно: человек осознанно или бессознательно стремится к психологическому комфорту, снизить давление внешних обстоятельств с помощью имеющихся в его распоряжении средств. Формирование защиты с участием эмоционального выгорания происходит на фоне следующих явлений:

1. Симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования».

Профессионал перестает улавливать разницу между экономичным проявлением эмоций и неадекватным избирательным эмоциональным реагированием. В первом случае речь идет о выработанном со временем полезном навыке подключать к взаимодействию с деловыми партнерами эмоции умеренной интенсив-

ности: легкую улыбку, приветливый взгляд, мягкий, спокойный тон речи, сдержанные реакции на сильные раздражители, лаконичные формы выражения несогласия, отсутствие категоричности, грубости. Такой режим свидетельствует о высоком уровне профессионализма. Он вполне оправдан в случаях:

- если не препятствует интеллектуальной проработке информации, обуславливающей эффективность деятельности. Экономия эмоций не снижает «вхождение» в партнера, т.е. понимание его состояний и потребностей не мешает принятию решений и формулировке выводов;
- если не настораживает и не отталкивает партнера;
- если, при необходимости, уступает место иным адекватным формам реагирования на ситуацию: например, профессионал, когда требуется, способен отнестись к партнеру подчеркнуто вежливо, внимательно, с искренним сочувствием.

Иное дело, когда профессионал неадекватно «экономит» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования в ходе рабочих контактов. Действует принцип «хочу или не хочу»: сочту нужным — уделю внимание данному партнеру, будет настроение — откликнусь на его состояния и потребности. Человеку чаще всего кажется, будто он поступает допустимым образом. Однако субъект общения или сторонний наблюдатель фиксирует иное — эмоциональную черствость, неучитивость, равнодушие. Неадекватное ограничение диапазона и интенсивности включения эмоций в профессиональное общение интерпретируется партнерами как неуважение к их личности, т.е. переходит в плоскость нравственных оценок.

2. Симптом «эмоционально-нравственной дезориентации».

Он как бы углубляет неадекватную реакцию в отношениях с деловым партнером. Нередко у профессионала возникает потребность в самооправдании. Не проявляя должного эмоционального отношения к субъекту, он защищает свою стратегию. При этом звучат суждения: «это не тот случай, чтобы переживать», «такие люди не заслуживают доброго отношения», «таким нельзя сочувствовать», «почему я должен за всех волноваться».

3. Симптом «расширения сферы экономии эмоций».

Данная форма защиты осуществляется вне профессиональной области — в общении с родными, друзьями и знакомыми.

На работе вы до того устаете от контактов, разговоров, ответов на вопросы, что вам не хочется общаться даже с близкими. Можно сказать, что вы пресыщены человеческими контактами. Вы переживаете симптом «отравления людьми».

4. Симптом «редукции профессиональных обязанностей».

Термин «редукция» означает упрощение. В профессиональной деятельности, предполагающей широкое общение с людьми, редукция проявляется в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. Врач не находит нужным дольше побеседовать с больным, побудить к подробному изложению жалоб. Анамнез получается скудным и недостаточно информативным. Больной жалуется на кашель, его надо послушать с помощью фонендоскопа, задать уточняющие вопросы, но вместо этих действий, требующих подключения эмоций, доктор ограничивается направлением на флюорографию.

Фаза «истощения»

Характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Эмоциональная защита в форме «выгорания» становится неотъемлемым атрибутом личности:

1. Симптом «эмоционального дефицита».

К профессионалу приходит ощущение, что эмоционально он уже не может помогать субъектам своей деятельности. Не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать, отзываться на ситуации, которые должны трогать, побуждать, усиливать интеллектуальную, волевую и нравственную отдачу.

О том, что это ничто другое, как эмоциональное выгорание, говорит его еще недавний опыт: некоторое время тому назад таких ощущений не было, и личность переживает их появление. Постепенно симптом усиливается и приобретает более осложненную форму: все реже проявляются положительные эмоции и все чаще отрицательные. Резкость, грубость, раздражительность, обиды, капризы дополняют симптом «эмоционального дефицита».

2. Симптом «эмоциональной отстраненности».

Личность почти полностью исключает эмоции из сферы профессиональной деятельности. Ее почти ничто не волнует, почти

ничто не вызывает эмоционального отклика — ни позитивные обстоятельства ни отрицательные. Причем это не исходный дефект эмоциональной сферы, не признак ригидности, а приобретенный за годы обслуживания людей, эмоциональная защита. Человек постепенно научается работать как робот, как бездушный автомат. В других сферах он живет полнокровными эмоциями.

3. Симптом «личностной отстраненности, или деперсонализация».

Проявляется в широком диапазоне умонастроений и поступков профессионала в ходе общения. Прежде всего отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку — субъекту профессионального действия. Он воспринимается как неодушевленный предмет, как объект для манипуляций — с ним приходится что-то делать. Объект тяготит своими проблемами, потребностями, неприятно его присутствие, сам факт его существования.

4. Симптом «психосоматических и психовегетативных нарушений».

Как следует из названия, симптом проявляется на уровне физического и психического самочувствия. Обычно он образуется по условно-рефлекторной связи негативного свойства. Даже мысль о клиентах или контакт с ними вызывает плохое настроение, дурные ассоциации, бессонницу, чувство страха, неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения хронических заболеваний.

Переход реакций с уровня эмоций на уровень психосоматики свидетельствует о том, что эмоциональная защита — выгорание — самостоятельно уже не справляется с нагрузками, и энергия эмоций перераспределяется между другими подсистемами индивида.

Темы рефератов по дисциплине

1. История развития клинической психологии.
2. Психическая норма и психическая патология: критерии различий.
3. Невротические расстройства.
4. Аддиктивное поведение.
5. Психология медицинского работника.
6. Психология больного онкологическим заболеванием.
7. Психология больного ВИЧ-инфекцией.
8. Психологические особенности людей, перенесших спинальную травму.
9. Хирург: психологическая компетентность.
10. Психологические особенности пациента при хирургических вмешательствах.
11. Болезнь и творчество. Отражение психической и соматической патологии в художественных произведениях. Душевные болезни и физические недуги выдающихся людей.
12. Развитие взглядов на психосоматические расстройства.
13. Проективные методы исследования в клинической психологии.
14. Умирание и смерть. Работа с умирающими пациентами.
15. Принципы психологического взаимодействия с умирающим пациентом.
16. Суицидальное поведение больных.
17. Шизофрения.
18. Основы психологического консультирования.
19. Базовые теории и методы психотерапии.
20. Арт-терапия.
21. Песочная терапия.
22. Сказкотерапия.
23. Коммуникативная компетентность врача.
24. Эвтаназия: этические и психологические вопросы.
25. Психопрофилактика в работе врача.
26. Профессиональная деформация врачей разных специальностей.

Учебное издание

Сарычева Юлия Викторовна
Ласовская Татьяна Юрьевна
Матвеева Ирина Александровна
Лазюк Ирина Викторовна
Пономаренко Ирина Владимировна

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

(для студентов лечебного факультета)

Методическое пособие

Корректura *Т.В. Соболева*
Компьютерная верстка *Т.В. Соболева*

Подписано в печать ??.06.2022. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman.
Усл.-печ. л. 13,98. Изд. № 76к.

Оригинал-макет изготовлен Издательско-полиграфическим центром НГМУ
Новосибирск, ул. Залесского, 4
E-mail: sibmedizdat@mail.ru
Тел.: (383) 225-24-29