



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

УЧЕБНОЕ
ПОСОБИЕ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Под редакцией
профессора Е.Е. Ачкасова,
профессора Н.Д. Твороговой

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» в качестве учебного пособия для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования по направлениям подготовки специалитета 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия», 31.05.03 «Стоматология», 32.05.01 «Медико-профилактическое дело», 37.05.01 «Клиническая психология»

Регистрационный номер рецензии 099 ЭКУ от 16 февраля 2017 года



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2018

Глава 6

ПСИХОЛОГИЯ ПАЦИЕНТА И ЕГО БЛИЖАЙШЕГО СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ

Врач всегда склонен искать объективные признаки заболевания, ограничивая анамнез до определения предпосылок для дальнейшего соматического изучения. Однако в центре внимания и интересов пациента всегда стоит его субъективное, личное переживание болезни. Специалист должен рассматривать эти субъективные ощущения как реальные факторы, уловить, понять и оценить переживания пациента, искать их причины, поддерживать их положительные стороны и использовать для содействия при обследовании и терапии. Различия между точками зрения специалиста и пациента закономерны и предопределены их различной позицией в данной ситуации, различными ролями. Однако специалист обязан следить за тем, чтобы эти различия не перешли в более выраженные и стойкие противоречия, которые ставили бы под угрозу взаимоотношения медицинского персонала и пациента, тем самым затрудняли бы оказание медицинской помощи.

Болезнь всегда воспринимается в негативном ключе, но иногда присутствует амбивалентность в субъективных переживаниях пациента, которые связаны с парадоксальными феноменами болезни, — с выгодой и тихой радостью. Довольно часто это можно наблюдать при кардиальных неврозах у ответственных работников. К примеру, один из таких сотрудников должен уйти с работы в связи с несоответствием занимаемой должности. У него развивается «сердечный приступ от чрезмерной работы и переутомления». Это позволяет ему уйти с работы «по состоянию здоровья», сохранить престиж и удалиться почетным образом. А иногда и улучшение состояния неравноценно воспринимается пациентами: хорошо, что угроза исчезла, но для одиноких — нужно опять возвращаться в одиночество, для конфликтных — опять в знакомую среду демонических персонажей. Ф. Данбар называет это «боязнью выздоровления».

Отношение пациента к болезни зависит от многих причин: уровня развития личности, преморбидного фона, установок пациента и средовых факторов. Так, оно может быть пренебрежительным, когда пациент недооценивает тяжесть заболевания и демонстрирует необоснованный оптимизм; оно может быть отрицающим, когда пациент не обращает внимания на болезнь (так называемая «диссимуляция»). Существует и утилитарный подход к болезни, который проявляется в «аггравации» — утяжелении симптоматики без достаточных на то оснований («условно приятно») и «симуляции» — тривиальном притворстве. Последнее, как правило, удел незрелых личностей.

Не оспаривают роль личностных особенностей в генезе психосоматических заболеваний, механизм возникновения которых состоит из следующих звеньев: стрессор вызывает аффективное напряжение, аффект — мост между психическими и соматическими областями — может повести себя двояко («точка бифуркации»): или разрешиться в действии («бегство или атака» У. Кэннона), или «замереть» («мнимая смерть»). В этом случае аффект блокируется, подавляется, например, социокультурными обязательствами, и активизируется нейроэндокринная система, происходят изменения в сосудистой системе и внутренних органах. Поначалу это функциональные реакции, но, приобретая хронический характер, они становятся органическими и необратимыми. Франц Александер обнаружил связи между специфическим эмоциональным конфликтом и специфической соматической симптоматикой. К примеру, образование язвы желудка формируется из неудовлетворенного, фрустрированного желания быть любимым, которое трансформируется в желание быть накормленным, — поэтому желудок реагирует как перед едой: гиперсекрецией и гипермоторикой. Так создается условие для развития очага поражения на слизистой оболочке желудка.

Ф. Данбар была первым исследователем, который использовал данные психодиагностического исследования (в частности, ММПИ) для получения «профиля личности», где проявлялись корреляции между заболеванием и личностными особенностями. Так, она описывает профиль личности пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС) как человека, постоянно находящегося в ситуации борьбы, нацеленного на успех. Он устремлен в будущее, строит долгосрочные планы, даже вид его внушает уважение. З. Фрейд называл это «принципом реальности» — способностью откладывать все ради достижения цели. В противовес Ф. Данбар приводит данные пациентов с переломами — это люди, склонные к несчастным случаям. Это неорганизованные, импульсив-

ные, тяготеющие к рискованным реакциям люди, которые живут исключительно в настоящем. Они плохо контролируют агрессивность, но в то же время в их поведении прослеживается чувство вины и обнаруживается тенденция к самоповреждениям (аутоагрессия) и неудачам.

6.1. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОСПРИЯТИЕ СВОЕЙ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОМ И ЕГО ПСИХОСОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ

Болезнь может быть определена в рамках трех подходов:

- ▶ как некое состояние организма или изменение физического состояния тела;
- ▶ как точка зрения пациента и полнота осознания им болезни — от эмоциональной реакции до самостоятельной концепции;
- ▶ как интерпретация врача или клинический диагноз.

Процесс распознавания болезни у пациента связан с обращением в медицинское учреждение, воспоминанием и рассказом о прежних заболеваниях, размещением своих болезненных признаков на новой иерархической лестнице диагноза, интеллектуальной обработкой изменившихся ощущений тела, объективным обследованием организма, занятием определенной позиции в отношении болезни и процесса лечения. Особенное значение для больного приобретает возможность получения доступной информации о заболевании. Представления о болезни существенно влияют на ее течение и эмоциональное состояние человека. Результаты исследований личностных особенностей при психических и соматических заболеваниях в различных возрастных группах, представленные в трудах зарубежных и отечественных психологов и психиатров, свидетельствуют о том, что в основе психической деятельности больных и здоровых людей лежат одни и те же закономерности. Изменение психики больного — следствие работы психических механизмов в измененных условиях, которые вызваны ситуацией заболевания.

6.1.1. Внутренняя картина болезни

Наиболее распространенным для описания субъективных сторон заболевания, определяющих отражение болезни в психике индивидуума, в отечественных медицинских и психологических исследованиях является понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ).

Весомый вклад в изучение самосознания болезни внес советский нейропсихолог Р.А. Лурия, продолживший развитие идей немецкого невропатолога А. Goldscheider «об аутопластической картине заболевания», определив ВКБ как совокупность ощущений, переживаний, представлений пациента о заболевании и лечении. Психотерапевт В.Н. Мясищев рассматривал ВКБ как результат адаптации личности на условия жизни, продиктованные заболеванием. ВКБ в существенной степени участвует в регуляции психической деятельности и поведения пациента. ВКБ занимает место «акцептора результатов», не только отражающего уже возникшие болезненные явления, но и направляющего дальнейшее их развитие.

Первоначальное представление о структуре ВКБ было основано на выделении двух уровней субъективной картины заболевания:

- ▶ сенситивного — совокупность ощущений, связанных с заболеванием;
- ▶ интеллектуального — размышление больного о своей болезни, своем самочувствии и состоянии.

В дальнейшем схема ВКБ была дифференцирована психологом Н.Н. Николаевой путем добавления эмоциональных и мотивационных компонентов. В ее работе вычлняются *четыре уровня ВКБ*.

1. Уровень непосредственно-чувственного отражения болезни — комплекс болезненных ощущений.
2. Эмоциональный уровень — переживание заболевания и его последствий.
3. Интеллектуальный уровень — знания о болезни и рациональная оценка заболевания.
4. Мотивационный уровень — возникновение новых мотивов и перестройка преморбидной мотивационной структуры.

Она пишет: «Удельный вес каждого уровня различен как на разных стадиях одного и того же заболевания, так и при разных болезнях».

Т.Н. Резникова и В.М. Смирнов предложили свою модель ВКБ, основанную на понятии о *церебральном информационном поле*. Это относительно стабильная функциональная мозговая структура, которая формируется на основе относящейся к заболеванию информации. Материальный субстрат церебрального информационного поля — матрицы долгосрочной памяти, фиксирующие информацию о нарушении процессов жизнедеятельности организма. В структурно-функциональной организации церебрального информационного поля особое место занимает система «схема тела», с помощью которой разнообразны неприятные

ощущения, зоны дискомфорта и боли вписываются в систему пространственных координат тела. Функциональным центром психологической зоны церебрального информационного поля является «модель болезни», включающая сенсорно-эмоциональную, логическую субмодели, а также субмодели ведущих нарушений (синдромов). Образование модели болезни и потребность в преодолении болезни ведут к формированию программ, целей личности, направленных на борьбу с патологией. Потребность избавиться от определенных проявлений болезни организует эмоционально-мотивационное поведение, направленное на получение соответствующего лечения. При этом создается «модель прогноза» заболевания, а на ее основе — «модель ожидаемых результатов лечения». В дальнейшем возникает «модель получаемых результатов лечения».

Ведущую роль в формировании ВКБ отводят личности. «ВКБ может отражать защитно-приспособительные, компенсаторные механизмы личности». Большое значение имеют гипо- и гипернозогностические эмоциональные отношения личности к заболеванию и ее проявлениям. При гипонозогностическом типе тяжесть заболевания больным недооценивается, что может способствовать формированию неадекватной модели «сверхоптимальных результатов лечения». При гипернозогностическом типе тяжесть болезни преувеличивается, в связи с чем может сформироваться «модель минимальных результатов лечения». Формированию нозогений могут способствовать определенные симптомы болезни. В.П. Зайцев и Н.А. Белякова, например, отмечают важную роль ангинозных болей в формировании нозогений у пациентов с хронической ИБС. Авторы утверждают, что при сочетании классических и атипичных (по локализации, иррадиации и др.) ангинозных болей нозогенные реакции распространены, в то время как у пациентов с типичными ангинозными болями и/или «немой» ишемией миокарда нозогении малохарактерны.

В типологии реагирования на болезнь Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова в качестве критерия, взятого за основу классификации типов, выступает система потребностей, которые фрустрируются болезнью: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая или связанная с интимной жизнью.

ВКБ — целостный, структурно сложный и многомерный психологический феномен, отражающий особенности глубинных переживаний пациента в связи с болезнью, ее личностный смысл. *Личностный смысл болезни* может быть преградным (негативным), позитивным или конфликтным.

- ▶ *Негативный личностный смысл* заключается в том, что в структуре личности пациента начинают преобладать психологические защиты, такие как отрицание, приводящие к изменению степени осознанности угрожающего стимула. Причиной возникновения реакции отрицания служит невыносимость действительного положения вещей, особенно если у пациента ярко выражены проявления немотивированного страха и тревоги. Если отрицание заболевания выступает в рамках стойких сверхценных образований, возможно развитие дезадаптивного поведения по типу патологического отрицания болезни, препятствующего получению своевременной медицинской помощи. Таким образом, при негативном личностном смысле болезнь препятствует нормальному функционированию человека, реализации его потребностей.
- ▶ *Позитивный личностный смысл* характеризуется стремлением человека извлекать «выгоду» из своего состояния. Позитивный смысл имеет именно болезнь, а не ее симптоматика.
- ▶ *Конфликтный личностный смысл* возникает в ситуации, когда болезнь способствует достижению одних мотивов и препятствует достижению других. Так, например, в ситуации угрозы смертельного исхода от заболевания у пациентов актуализируется мотив сохранения жизни, который занимает ведущую позицию по отношению к их деятельности.

Р.М. Войтенко выделил ряд *факторов*, обуславливающих ВКБ.

- ▶ Биологические факторы, включающие соматическую патологию, промышленные интоксикации, инфекции, черепно-мозговые травмы.
- ▶ Социогенные — изменение роли пациента в семье, референтной группе, изменение отношения социума к больному.
- ▶ Аутопсихологические — снижение самооценки, потеря жизненной перспективы, чувство неполноценности, беспокойство за свою судьбу и судьбу родных и близких.

Влияние объективных факторов болезни на личность состоит в уменьшении объективных возможностей сохранения мотивации пациента и способов ее реализации в условиях телесной болезни и ее последствий.

В качестве личностных адаптационных ресурсов ВКБ можно рассматривать внутреннюю картину здоровья. Понятие внутренней картины здоровья было введено А.Б. Орловым как альтернатива патоцентрической медицинской модели, базирующейся на понятии «болезнь». По мнению В.А. Ананьева, *внутренняя картина здоровья* — совокупность

интеллектуальных представлений здоровья индивидуума, комплекс эмоциональных переживаний и ощущений, а также его поведенческих реакций. Основой психического образования ВКБ и внутренней картины здоровья является самопознание индивидуума. Болезнь — трудная жизненная ситуация, в которой внутренняя картина здоровья — элемент самосознания, трансформирующийся в ВКБ в процессе социально-психологической адаптации.

Таким образом, ВКБ представляет собой интегральную многоуровневую систему личности больного, сформировавшуюся вследствие динамического психического отражения ее актуального состояния, включающую такие компоненты, как знания, представления, оценки, эмоциональные реакции, чувства, мотивационные тенденции, поведенческие стратегии, механизмы защиты в связи с заболеванием.

6.1.2. Психосоциальная адаптация, механизмы психологической защиты и совладающее поведение пациента

В контексте проблемы пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, наибольшее значение приобретают психическая адаптация и психосоциальные виды адаптации. **Психическая адаптация** — процесс, который позволяет человеку устанавливать, поддерживать оптимальные взаимоотношения с окружающей средой и удовлетворять собственные актуальные потребности, не нарушая баланс между его психическими и физиологическими свойствами, с одной стороны, и требованиями среды — с другой. **Психосоциальная адаптация** — интегративный показатель состояния человека, отражающий возможности выполнять его определенные биопсихосоциальные функции. D. Mecham определяет **процесс адаптации** как способ активного приспособления к неблагоприятным воздействиям путем использования МПЗ (perence) и совладающего поведения (преодоление — coping).

Механизмы психологической защиты

Под термином «механизмы психологической защиты» (МПЗ) традиционно понимают неосознаваемый психический процесс, направленный на минимизацию отрицательных переживаний. Рассмотрим наиболее распространенные *типы МПЗ*.

- ▶ *Отрицание* действует, когда пациент не желает признавать наличия у себя заболевания. Чаще всего приходится сталкиваться с отрица-

нием при тяжелых, угрожающих жизни или социальному статусу человека заболеваниях (онкологических, венерических, кардиологических и психических). Интенсивность психологической защиты — показатель интенсивности и тяжести проблемы.

- ▶ *Вытеснение* — МПЗ, вытесняющий проблему из области сознания в область бессознательного, но не удаляющий ее из психики человека, таким образом, эмоциональная напряженность и травмирующее влияние проблемы на организм сохраняются. Вытесненное проявляется в оговорках, описках, шутках. К примеру, девочка-подросток подверглась сексуальной агрессии со стороны брата. Это был столь стрессовый фактор для нее, что произошедшее вытеснилось в бессознательное. Через многие годы психолог может иметь дело с пациенткой с набором симптомов, болезненных проявлений сексуальной травмы, и не услышать откровений об этой травме, так как этого нет в сознании женщины. Важно понимать, что эта информация скрывается от специалиста не умышленно. Вытесненные переживания часто становятся причиной многих так называемых неадекватных поступков, причем попытки психолога и пациента понять мотивацию этих поступков оказываются безуспешными.
- ▶ *Интроекция* — тенденция человека наделять себя чертами, свойствами других людей. К примеру, когда зритель видит на экране телевизора красивого, мужественного актера, продирающегося сквозь джунгли, плывущего на яхте, прыгающего в водопад и потом, после всех приключений курящего сигареты Camel, то впоследствии, если зритель курит эти же сигареты, он начинает чувствовать себя соучастником этих событий.
- ▶ *Проекция* — тенденция человека приписывать кому-то или чему-то собственные мысли, чувства, мотивы, черты характера. К примеру, человек не принимает в себе каких-то качеств — реальных или мифических — и переадресовывает эти неприятные качества другому. Тогда у другого он видит именно эти качества и не любит его именно за них, при этом не обозначая в себе этих качеств на сознательном уровне. Напротив, он считает, что именно этими особенностями он и не обладает, а другой — обладает.
- ▶ *Изоляция* — механизм, с помощью которого человек «выделяет» из себя то, что является для него травмирующим, отделяя одну часть своей личности, которую он полностью принимает, от другой, которую он не принимает. Классический пример изоляции продемонстрирован в готическом романе шотландского писателя Роберта Льюиса Стивенсона «Странная история доктора Джекила и

мистера Хайда», где днем человек был нравственным, гуманным доктором, а ночью он же превращался в злодея, садиста, убийцу, и эти два человека не встречаются. Один не подозревает о существовании другого. В основе механизма изоляции лежит «невротическое расщепление личности» (не психотическое, которое возникает у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра). Это явление получило яркую характеристику в работе З. Фрейда, где он описывал свою пациентку, страдавшую расстройством в виде множественности личности. Эта женщина в один день ощущала себя неуравновешенной, эксцентричной особой с весьма легкомысленным поведением, а на следующий день она уже имела другое имя и была сдержанной, скромной пуританкой в целомудренной одежде. Потом появилась третья личность, которая наблюдала за поведением каждой из них, и она тоже имела свое имя.

- ▶ *Регрессия*. При действии этого механизма можно видеть, как пациент выбирает при психической адаптации уход в детство. Такой механизм характерен для истерических личностей.
- ▶ *Обесценивание* — один из защитных механизмов психики, при котором человек снижает, а иногда и вовсе отрицает значимость того, что на самом деле для него важно. Обесценить можно все: людей, эмоции, достижения. Максимальным проявлением этой защиты бывает циничная ирония. Часто причиной циничной иронии становится то обстоятельство, что человек мечтает жить в идеализированном мире. И когда этот мир не оправдывает его надежд, он обесценивает его и всячески пытается разрушить, потому что человек испытывает душевную боль.
- ▶ *Фантазирование* — МПЗ, создающий мнимую действительность, в которой совершается то, чего не происходит в реальной жизни. В каких-то ситуациях фантазии помогают снимать человеку напряжение, тревогу, но иногда они начинают заменять ему действительность, как если бы, мечтая о чемодане с деньгами, человек перестал работать, считая, что он обязательно вот-вот найдет этот чемодан, то есть фантазии становятся патологическими, дезадаптивными.
- ▶ *Перенесенная агрессия* — механизм, при котором человек переносит агрессию с психотравмирующей ситуации на ближайшее окружение или на себя, на свой организм, внутренние органы. К примеру, когда мужчина приходит домой после конфликтной ситуации с начальством и начинает «срывать зло» на жене и детях, находя в них множество недостатков. Перенесенная агрессия, по мнению

многих исследователей, лежит в основе многих психосоматических заболеваний. Это перенесение агрессии на свое тело. Этот механизм более всего характерен для личностей, склонных к депрессивным реакциям, как правило, берущих ответственность на себя. Человек «бьет свое тело» вместо того, чтобы расправиться с окружающим миром. Проблема психосоматической патологии — это, в упрощенном варианте, проблема перенесенной агрессии на себя. Злоупотребление алкоголем в своей основе часто одним из факторов имеет перенесенную агрессию.

- ▶ *Реактивное образование* — психологическая защита, заключающаяся в преобразовании негативного чувства в позитивное либо наоборот. Так, люди, которые не умеют экономно обращаться с деньгами, ведут себя следующим образом: когда в их руки попадают деньги, они тут же начинают их тратить. Складывается такое ощущение, что человек пытается лихорадочно избавиться от денег, которые он заработал с большим трудом. И чем труднее они ему достались, тем быстрее он от них избавляется — вопреки законам конструктивного поведения.
- ▶ *Рационализация* — МПЗ, при котором в мышлении используется только та часть воспринимаемой информации и делаются только те выводы, благодаря которым собственное поведение предстает как хорошо контролируемое и не противоречащее объективным обстоятельствам. Иначе говоря, подбор (поиск) рационального объяснения для поведения или решений, имеющих иные, неосознаваемые причины. Классическим примером механизма рационализации служит логическое объяснение пациента, почему он опоздал на прием к врачу: пациент составляет подробный аргументированный рассказ, почему ну никак нельзя было прийти вовремя.

Совладающее поведение (копинг)

Адаптация пациента с хроническими заболеваниями определяется степенью психологического, социального и физиологического совладания. Преодоление стресса включает широкий круг поведенческих и когнитивных стратегий, которые могут быть направлены на изменение, переоценку или избегание стрессовых ситуаций либо смягчения их негативных воздействий.

Изучение поведения, направленного на преодоление трудностей, стрессовых ситуаций, в зарубежной и отечественной психологии приводят в рамках исследований, посвященных анализу coping-механизмов

или «coping behavior». *Под совладающим поведением* (копингом) понимают особый вид социального поведения, позволяющий человеку с помощью осознанных действий способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, справиться со стрессом или трудной жизненной ситуацией. Выбор адекватной стратегии преодоления во многом зависит от способности человека когнитивной оценки ситуации.

Результатом когнитивного оценивания становится восприятие человеком ситуации как решаемой, подконтрольной или неразрешаемой, неконтролируемой. Использование разнообразных форм совладающего поведения обеспечивают копинг-ресурсы личности, к которым относят сенсорные и когнитивные ресурсы, личностные структуры, коммуникативную и психоэмоциональную составляющие. Становление и выбор копинг-стратегий сопряжены с возрастными этапами развития человека, и после формирования индивидуальный стиль совладания достаточно устойчив. При этом следует подчеркнуть возможность обучения совладающему поведению за счет овладения определенной последовательностью действий, которая может быть описана и воспринята человеком. Эффективность совладающего поведения зависит от характеристик, ценностей и целей личности, типа и фазы стрессовых событий, а также конкретных результатов, отобранных для оценки.

В ходе многочисленных исследований установлено, что дети и подростки с хроническими заболеваниями используют широкий спектр совладающих стратегий, точно так же, как здоровые взрослые и дети используют разнообразные виды копинга при столкновении с «ситуацией болезни». Здоровье и его восстановление в ситуации заболевания определяются степенью совладания с болезнью, занятием активной позиции по отношению к нему. Определяющим фактором активности служит потенциал копинг-ресурсов личности. В ходе многочисленных исследований установлено, что преодоление играет ближайшую роль между адаптацией и стрессовыми событиями, которые могут приводить к депрессивным и тревожным расстройствам. Таким образом, совладание со стрессом — процесс, который может способствовать или препятствовать адаптации.

По мнению R.S. Lazarus и S. Folkman, копинг — следствие оценки индивидуумом события. На основании такого понимания совладающего поведения авторы предложили *классификацию копинг-стратегий*, сфокусированных на двух основных аспектах — проблемно ориентированном и эмоционально ориентированном.

- ▶ Проблемно ориентированный копинг — попытка улучшения отношений «человек—среда» с помощью изменения когнитивной оценки ситуации.
- ▶ Эмоционально ориентированный копинг — это мысли и действия, целью которых является снижение физического или психологического влияния стресса. У пациентов, испытывающих хроническую боль, оценка ситуации и их собственной способности управлять болью зачастую носит отрицательный и неадекватный характер, таким образом, существует тенденция оценки боли как угрозы и полагания на эмоционально ориентированный копинг. В данном случае использование эмоционально ориентированного копинга рассматривают как в большей степени неэффективный. Оценка эмоционально ориентированного копинга как негативно окрашенного широко распространена.

Следует отметить, что субъект использует эмоционально ориентированный, проблемно ориентированный виды копинга и одновременно МПЗ во время любого совладания с трудными или стрессовыми ситуациями. По этой причине при оценке совладающего поведения следует учитывать все три составляющих процесса совладания: эмоционально ориентированный, проблемно ориентированный копинг и МПЗ.

Большинство иностранных и отечественных исследователей рассматривают конструктивный и неконструктивный виды копинга.

- ▶ Конструктивные (адаптивные) копинг-стратегии направлены на разрешение проблемной ситуации. К ним относят следующие виды копинга:
 - активные действия, направленные на устранение источника стресса;
 - поиск социальной поддержки;
 - положительная переоценка ситуации;
 - признание и принятие реальности происходящего;
 - планирование своих действий в отношении сложившейся проблемной ситуации.
- ▶ Следующая группа стратегий, в отличие от первой, не связана с активным копингом, но также способствует адаптации человека в трудной ситуации. К ней относят следующие виды копинга:
 - ожидание подходящих условий для решения проблемной ситуации;
 - поиск эмоциональной поддержки;
 - концентрирование на источнике стресса;
 - снижение активности в отношении других дел и проблем.
- ▶ Третью группу представляют неадаптивные стратегии, которые, однако, в исключительных случаях помогают субъекту совладать с ситуацией. К ним относят:

- эмоциональное отреагирование в стрессовой ситуации;
- отрицание стрессового события;
- «ментальное отстранение» — психологическое отвлечение от источника стресса через развлечения и др.;
- «поведенческое отстранение» — отказ от разрешения ситуации.

Активные копинг-стратегии представляют собой поведенческие или психологические ответы, направленные на непосредственное изменение природы стрессора или переосмысление, в то время как предпочтение избегающих стратегий может привести человека к действиям (например, употребление алкоголя) или психическим состояниям, которые удерживают его от прямого решения стрессовых событий. Многочисленные исследования по изучению копинг-стратегий показывают, что предпочтение активных справляющихся стратегий, будь то поведенческие или эмоциональные, — лучший способ взаимодействия со стрессовыми событиями, в частности в ситуации заболевания, в то время как предпочтение избегающих стратегий становится психологическим фактором риска или маркером для неблагоприятных ответов на стрессовые события жизни, в частности в ситуации болезни.

Использование неконструктивного поведения, ригидных МПЗ в трудной ситуации приводит к нарастанию стрессовой нагрузки и постепенному истощению адаптационно-компенсаторных ресурсов человека, что обуславливает снижение эффективности способов преодоления стресса.

Н.А. Сирота и В.М. Ялтонский в модели дезадаптивного поведения выделяют следующие признаки:

- ▶ преобладание избегающих стратегий над стратегиями поиска социальной поддержки и решения проблем, интенсивное использование защитных механизмов, несбалансированность функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинг-механизмов, дефицит социальных навыков разрешений проблемной ситуации;
- ▶ преобладание мотивации избегания над мотивацией достижения успеха, отсутствие готовности к активному противостоянию среде, подчиненность ей, оценка проблемы как угрожающей, негативной, защитный характер поведенческой активности, низкий функциональный уровень копинг-поведения;
- ▶ отсутствие направленности копинг-поведения на стрессор как на причину негативного влияния и воздействие психоэмоционального напряжения как на следствие отрицательного воздействия стрессора с целью его редукции, слабая осознаваемость стрессорного воздействия;

- ▶ низкая эффективность функционирования личностно-средовых ресурсов (низкий уровень восприятия социальной поддержки, преобладание интернального локуса контроля и т.д.).

В данной модели есть прямое указание на тесное взаимодействие и непрерывность переходов от психологических защит к совладающему поведению в случае дезадаптации, рассогласованности личностных задач и целей, низкоуровневой организации структуры «Я» и ресурсов субъекта. У людей, страдающих тем или иным заболеванием, непродуктивными стратегиями поведения считают те, которые ухудшают их состояние и усугубляют симптоматику.

В отдельную группу совладающего поведения следует выделить «юмор», «обращение к религии», «использование алкоголя и наркотиков». Исследования показывают, что хорошее *чувство юмора* связано с мышечной релаксацией, контролем боли и дискомфорта, хорошим настроением и общим психологическим здоровьем, включая здоровую самооценку. Дети, страдающие опасным заболеванием, зачастую используют стратегию юмора, чтобы минимизировать свои опасения по поводу своего заболевания, травмы и госпитализации. Так, например, ребенок, страдающий онкологическим заболеванием, проходящий курс лечения химиотерапии, шутит: «Я потерял свои волосы, стал немного выше, и теперь я обладатель большой коллекции шляп». Юмор в виде клоунад и шуток, а также имитаций реальных и воображаемых людей освобождает детей, перенесших трансплантацию костного мозга, от опасений и тревоги, связанных с вынужденной изоляцией и неопределенностью результатов лечения.

Религия служит одним из важнейших ресурсов для людей, страдающих угрожающими жизни и хроническими заболеваниями. Религия наделяет смыслом и целью непостижимые события и хронические трудности. Kushner подробно рассказывает о важности религиозной веры в помощи людям противостоять смерти и болезни, он считает, что религия имеет большое значение, она действует в качестве комфорта и спокойствия в случае стихийных бедствий. Участие в религиозных ритуалах служит источником утешения и надежды для инвалидов пожилого возраста.

Отдельное место занимает *проактивное совладающее поведение*. Проактивный копинг служит средством преодоления трудностей, которое носит многоплановый характер и ориентировано на будущее, он объединяет процессы личного управления качеством жизни с саморегуляцией для достижения цели. Проактивный копинг является методом

оценки будущих целей и создания условий для их успешного достижения. Проактивный копинг — процесс, посредством которого происходит подготовка к потенциальным будущим стрессорам, к возможности их предотвращения вообще.

Проактивное совладающее поведение отличается от традиционных представлений о копинге тремя основными *характеристиками*.

1. Традиционные совладающие формы реактивны, то есть они имеют дело со стрессовыми событиями, которые уже произошли, их цель — это компенсация потери или уменьшение вреда. Превентивный копинг более ориентирован на будущее. Он состоит из усилий, направленных на создание общих ресурсов, содействующих осуществлению задач и личному росту.

2. Реактивный копинг рассматривают как управление рисками, проактивный копинг является целью управления. При использовании проактивного копинга люди воспринимают затруднительные ситуации как вызовы. Они видят риски, требования и возможности, связанные с выбором той или иной стратегии поведения для разрешения проблемной ситуации в будущем, но они не оценивают их в качестве угрозы, вреда или потерь. Проактивный копинг становится управлением цели вместо управления риска.

3. Мотивация для проактивного совладающего поведения, в сравнении с традиционным копингом, более позитивна вследствие восприятия ситуаций как оспаривания и стимулирования, тогда как реактивный копинг происходит от оценки риска, то есть зачастую выдвигаемые требования оцениваются отрицательно как угрозы.

6.2. ПСИХОЛОГИЯ БЛИЖАЙШЕГО СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Психология родственников пациента определяется их личностными особенностями, сформированными прежней жизнью и актуальным отношением к близкому человеку, то есть теми интересами, которые они преследуют в отношении него. Интерес большинства родственников обычно сосредоточивается на том, чтобы способствовать как можно более быстрому выздоровлению пациента. Родственники часто бывают обеспокоены сведениями не только о заболевании пациента, но и о классе клиники, в которой находится их близкий человек, ее возможностях, оснащенности, профессиональной подготовленности медицинского персонала, и стараются что-нибудь предпринять в пользу больного.

Родственники пациента — важный фактор комплайенса, и не только потому, что эти посредники между врачом и пациентом часто более озабочены болезнью, чем сам больной. Хорошо, когда они воспитанны, образованны, деликатны и ценят время врача, но ведь есть и другое множество родственников, которые приносят в палату пациента всю «патогенность улицы» — сплетни, наветы, провокации, а также приносят и «домашнее» питание, которое запрещено пациенту, лекарства, которые, по их мнению, значительно лучше, например, биологически активные добавки. После посещения таких родственников трудно прогнозировать динамику состояния пациента. В таких случаях врач вынужден проводить с родственниками профилактические беседы, а также заниматься и педагогикой, выдержанной в императивном стиле.

Необходимо всегда помнить, что часть пациентов и его родственников могут переживать сложившуюся «ситуацию болезни» остро, с выраженной тревогой, вследствие чего медицинский персонал потратит больше времени на разговоры и психотерапевтическое влияние на больного и его родственников, чем на оказание самой медицинской помощи. Усиленное «давление родственников» на медицинский персонал, независимо от того, идет ли речь о проявлениях заботы или недоверия, нередко обусловлено оправданным или неоправданным чувством вины родственников, что они что-то недосмотрели и теперь стараются это дополнительно и подчеркнуто демонстративно исправить.

В своем стремлении помочь близкому человеку родственники используют разные способы. Приемлемым образом ведут себя те близкие, которые посещают пациента так часто, как это рекомендовано лечащим врачом вследствие состояния его здоровья, не приносят ему ничего из того, что запрещено правилами внутреннего распорядка медицинского учреждения, например, продукты, лекарства, не затрагивают темы, способные вызывать негативные переживания у больного, в частности не говорят с ним излишне много о его болезни и ее возможных последствиях для дальнейшего его социального функционирования. С лечащим врачом и вспомогательными специалистами они разговаривают по существу, если они бывают чем-нибудь обеспокоены или нуждаются в каком-нибудь дополнительном разъяснении, то обращаются к врачу или его начальству, а не беспокоят пациента своими сомнениями и предположениями.

Существует еще один тип родственников, особенно часто встречающийся среди родителей маленьких детей, их бабушек и дедушек. Ведомые чрезмерной любовью, тревогой и заботливостью, они не при-

держиваются времени, выделенного для посетителей, демонстративно проявляют свое недовольство, конфликтуют с лечащим врачом и медицинским персоналом, считая правила учреждения надуманными, приносят пациенту множество продуктов, в том числе запрещенных. Есть также тип «напуганных родственников», которые «проецируются» в ситуацию близкого человека, например, они могут сами бояться операции и поэтому полагают, что «близкий человек операцию не перенесет». Тайно они приносят больному лекарственные препараты, о которых им стало известно из интернета или от друзей, что они способны вылечить все и естественно поэтому определенно лучше тех, которые назначил лечащий врач. Они разбирают с больным признаки заболевания, сообщают ему о дальнейших симптомах, которые должны были бы еще проявиться при этой патологии. Иногда начинают настаивать на консультации лиц, не имеющих традиционного медицинского образования.

Существуют также родственники, не проявляющие внимания к пациенту, которые не посещают и не интересуются его состоянием, не имеют контакта с лечащим врачом. Если пациент должен быть выписан, то они с неохотой вступают с ним в контакт и не появляются даже после письменного приглашения. Иногда такие родственники готовы даже отказаться от больного. В этих случаях чаще всего речь идет о родственниках больных пожилого возраста или хронически больных, особенно в терминальной стадии, о родственниках, живущих с больным в конфликте. В таком случае уместно поинтересоваться, до какой степени эти отношения оказывают влияние на ухудшение состояния пациента, провокацию симптомов, развитие функциональной или психогенной стороны патологии.

Помимо родственников, существуют также друзья и коллеги. Желающие добра друзья иногда начинают разговор с пациентом с бестактных замечаний: «Какой ты сегодня бледный, ты жутко похудел». Коллеги усугубляют состояние сообщениями об интригах и конфликтах, происходящих в профессиональной среде, засыпают больного заданиями, касающимися его работы. Если специалист замечает, что состояние пациента после визита посетителей регулярно ухудшается, то он должен поинтересоваться, как больной перенес посещение, ждет ли с радостью следующего свидания, и если необходимо — регулирует посещения так, чтобы они неприятно не утомляли больного.

При построении первичного контакта с посетителями пациента специалисту необходимо придерживаться двух основных правил.

1. Следует выяснить у посетителей пациента все то, что нужно знать специалисту о пациенте в интересах диагностики и терапии.

2. Необходимо сказать родственнику пациента все, что он должен знать о нем для того, чтобы он вел себя по отношению к нему соответствующим образом и тем самым помогал излечению. В данном случае речь идет о форме индивидуального психологического обучения родственников больных.

Весьма непросто для врача найти баланс в разговоре со словоохотливыми и сверхзабоченными родственниками: с одной стороны, нужно дать им выговориться, чтобы они не считали, что от них грубо отмахнулись, а с другой стороны — врач должен незаметно направить разговор так, чтобы узнать у родственника новые сведения о пациенте: о его жизненной ситуации, возможности поддержки и заботы при возвращении домой, решить вопрос о сиделке, если это необходимо.

Врач хорошо выполняет свою миссию лишь в том случае, если он интересуется, какая судьба ждет пациента после выписки из медицинского учреждения, кто и как будет о нем заботиться в дальнейшем. Возвращение в такие условия, где о пациенте некому заботиться, может означать угрозу для его здоровья, жизни, риск повторного поступления в стационарное отделение, а тем самым обесценивание усилий, приложенных медицинским персоналом для его излечения.

6.3. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПРИЯТИЕ СМЕРТИ

Существуют неизлечимые заболевания с высокой вероятностью летального исхода. При этом приходит такое время, когда становится ясно, что летальный исход в относительно скором времени неизбежен.

В такой ситуации врач не должен доверять пациенту, даже когда больной говорит: «Доктор, вы можете спокойно сказать мне об этом!» или «Я вынесу любую правду!». Как правило, пациент всегда надеется на более благоприятный исход и выздоровление. Узнав о бесперспективности лечения, пациент может совершить суицид. Однако и скрывать правду нельзя: больной, будучи в неведении, будучи обманутым, может совершать неожиданные поступки, например, жениться, продать имущество, купить лошадь, и тут терапевт может оказаться в статусе соучастника авантюры.

Проблема «подготовки» к собственной смерти может стать важным элементом этики будущего.

Австрийский психиатр и психотерапевт Виктор Франкл (1905–1997) вспоминает историю одного профессора математики, который потерял

жену, с которой прожил в любви шестьдесят лет. Он был подавлен и считал, что жизнь кончена. Неожиданно Франкл говорит ему: «А ведь это хорошо, что она ушла первой. Ты только представь себе, что было бы, если бы ты ушел первый, а она, такая неприспособленная, такая хрупкая, осталась бы одна на земле...». Итак, и у смерти есть смыслы.

Таких пациентов с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями с отсутствием реабилитационного потенциала и прогнозируемым летальным исходом обычно отправляют домой или (много реже) в хоспис. В любом случае нужно делать все, чтобы обстановка была ненапряженной и установилось доверие, только тогда умирающий будет говорить о важном. Не следует его прерывать своими репликами, недопустимо требование «мыслить позитивно!», за которым стоит отказ принимать неизбежное. Не следует также стараться быть слишком мудрым, не тратьте время, чтобы сказать нечто глубокое. Более того, если вы сами пребываете в сильной тревоге и растерянности, признайтесь в этом умирающему и попросите его о помощи. Такая искренность и честность только сблизят вас, и ваше общение будет наиболее полным. Раньше или позже все, кто работал с умирающими, осознавали, что получили больше, чем дали.

Даниил Гранин описывает свою встречу со знаменитым физиком Игорем Таммом. Тамм позвал писателя в гости, и Гранин содрогнулся: он знал, что у Игоря боковой амиотрофический склероз с парезом диафрагмы, что его подключили к аппарату искусственной вентиляции легких, а прибор для стабилизации подключили к лифтовой шахте. По дороге он все придумывал бодрящую фразу, но вместо этого видел только кабели, уходящие под дверь квартиры и дальше по коридору, под дверь кабинета. Все так и было. И когда ему открыли кабинет и он услышал: «Даня, заходи!», он еще раз содрогнулся. В кресле-кровати сидел опутанный проводами Игорь. Увидев смятение «инженера человеческих душ», Игорь Тамм рассмеялся: «Да, действительно, я похож на жука, пойманного в коллекцию! Но не за этим я тебя позвал. В Новосибирске будет конференция, я хочу послать туда тезисы, но с литературным уклоном, сможешь мне?». И Гранин содрогнулся в третий раз. Уходящий Тамм непринужденно учил его мужеству жить.

И все же: как говорить правду пациенту с неоперабельной злокачественной опухолью IV стадии с множественными отдаленными метастазами? Хорошо известно, что по небольшим, косвенным признакам (тихие речи, заплаканные глаза, мрачная тень на лице родственника) пациент догадывается обо всем, и он хотел бы, чтобы это подтвердил врач, и когда он этого не делает, пациент может посчитать, что врач не

в состоянии справиться с этой вестью. Это делает его более тревожным и изолированным. Правду говорить следует, но не диктовать приговор, а обсуждать проблему оставшегося времени и его наполнения. И это должно делать только любящее сердце. Именно здесь возникает внутренний конфликт. Хирургу непросто совмещать добродетели врача и пастора, но, кроме него, вокруг — пустыня, наполненная людьми, но только от него, любящего, ждет пациент таких слов, таких важных, ведь нужно подготовиться к длительному и тяжелому течению болезни или в худшем варианте — смерти, нужно успеть помириться с теми, с кем в ссоре, нужно позаботиться о множестве практических дел и помочь тем, кто остается жить. Когда мы говорим правду, мы понимаем, что пациент как минимум заслуживает этого.

С юридической точки зрения необходимо руководствоваться статьей 22 «Информация о состоянии здоровья» Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которой каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья (пункт 1). При этом информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и/или не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация (пункт 3).

Вопрос юридического отношения государства к эвтаназии в Российской Федерации изложен в статье 45 «Запрет эвтаназии» Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента.

Вопросы для самоконтроля

1. Что такое ВКБ?
2. Что такое церебральное информационное поле?
3. Какие факторы обуславливают ВКБ?

4. Что такое внутренняя картина здоровья?
5. Что такое психическая адаптация?
6. Что такое психосоциальная адаптация?
7. Что такое МПЗ?
8. Перечислите основные МПЗ.
9. Что такое совладающее поведение, какие его виды выделяют?
10. Укажите признаки дезадаптивного поведения.
11. Назовите типы отношений родственников к пациенту.
12. Опишите психологические особенности восприятия смерти пациентом.
13. Как законодательно регулируется вопрос эвтаназии в Российской Федерации?