

Орлова М.М.

Консультативная психология здоровья и болезни.

Учебное пособие для студентов психологов.

Саратов 2009.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Орлова Мария Михайловна – кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии Саратовского государственного университета им. Н.Г. Чернышевского, профессор АВН.

Автор-составитель Орлова Мария Михайловна. Консультативная психология здоровья и болезни. Учебное пособие. – Саратов. Изд-во Научная книга, 2009.

Консультативная психология за последнее время становится одной из важнейших областей практической психологии. Психолог- консультант должен быть хорошо образован в области общей, медицинской и социальной психологии.

В данное учебно-методическое пособие вошли материалы лекций по курсам «Психология здоровья», «Психосоматические заболевания».

В разделе **«Психологические подходы к изучению невротических расстройств»** рассмотрены основные механизмы психогенных заболеваний, этиологии и патогенеза возникновения неврозов.

В разделе **«Психологические основы психосоматической медицины»** рассмотрены основные концепции формирования психосоматических заболеваний, теории алекситимии, вопросы частной психосоматики, роль семьи в формировании нездоровья у детей.

В разделе **«Основные подходы к изучению алкогольной зависимости»** рассмотрены вопросы зависимости и созависимости, а также программа сообщества Анонимных Алкоголиков.

В разделе **« Феномен и виды самоубийств»** рассмотрены вопросы основных подходов к проблеме суицидального поведения, клинических аспектов суицидального поведения, факторов, способствующих формированию суицидального поведения у подростков.

Рецензенты :

Доктор мед. наук. профессор И.Л. Кром

Оглавление.

Введение.

Глава 1. Психологические подходы к изучению невротических расстройств.

1.1. Определение понятий

1.2. Виды неврозов

1.3. Этиология и патогенез неврозов

**Глава 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

2.1. Психосоматические расстройства и их распространенность

2.2. Концептуальные подходы к проблеме психосоматических нарушений

2.3. Психологическая природа эмоций

2.4. Теория алекситимии

2.5. Теоретические исследования механизмов формирования психогенных расстройств в отечественной психологии

2.5. Частная психосоматика

2.6. Роль семьи в формировании нездоровья у детей

Глава 3. Основные подходы к изучению алкогольной зависимости.

3.1. Понятие зависимости.

3.2. Созависимость

3.3. Сообщество анонимных алкоголиков (АА) и программа «12 шагов»

Глава 4. Феномен и виды самоубийств

4.1. Общие подходы к проблеме суицидального поведения

4.2. Клинические аспекты суицидального поведения

4.3. Факторы, способствующие возникновению суицидального поведения в юношеском возрасте.

Глава 5. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

5.1. История психологии здоровья

5.2. Психоаналитические подходы к анализу здоровой личности

5.3. Психология здоровья и гуманистический психоанализ

5.4. Психология здоровья и гештальттерапия

5.5. Эго-психология и здоровье личности

5.6. Концепция психологии здоровья и гуманистическая психология

5.7. Экзистенциальная психотерапия и психология здоровья

5.8. Трансперсональная психотерапия и психология здоровья

5.9. Отечественные подходы к психологии здоровья

5.10. Социально-психологические аспекты психологии здоровья

Введение.

Широкое внедрение психологии в практику закономерно приводит к развитию тех ее областей, которые могут являться концептуальными основами этой практической деятельности. Консультативная психология базируется на социальной, клинической и дифференциальной психологии, психологии личности. Трудно дать четкое определение этому виду деятельности или однозначно указать сферы его применения, поскольку слово “консультирование” уже давно представляет родовое понятие для различных видов консультативной практики. Так, фактически в любой сфере, в которой используются психологические знания, в той или иной мере применяется консультирование как одна из форм работы.

Клиническая психология, особенно важна в решении вопросов нормы и патологии, психосоматической медицины, психологии здоровья. Большое значение для возникновения консультативной психологии имела и имеет психотерапия.

На первоначальных этапах своего развития психология была преимущественно академической наукой. Не стоял вопрос о широком использовании ее достижений, поскольку достижений этих было не так много. Неотложные и наиболее болезненные задачи практики положили начало возникновению в конце XIX – начале XX веков на Западе психотерапии. Путем напряженной работы с крайними, тяжелыми формами душевных расстройств, представителям этого движения, которому на первоначальных этапах отказывали в научности, на протяжении XX века удалось накопить и использовать огромный материал, который по праву можно именовать “золотым фондом” современной психологии. Психологическое консультирование возникло в середине XX века именно благодаря успехам психотерапии, когда накопленные знания позволили перейти к оказанию помощи психически здоровым людям. У людей же успехи психотерапии во многом обусловили интерес к получению психологической помощи.

Психотерапия может быть определена как целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма и психики психологическими средствами (С. Кратохвилл, 1991; Б. Д. Карвасарский, 2002). В современной литературе указываются четыре основные модели психотерапии:

- 1) *медицинская модель* — метод лечения, влияющий на состояние и функционирование организма в сфере психических и соматических функций;

- 2) *психологическая модель* — метод, приводящий в действие процесс научения;
- 3) *социологическая модель* — метод манипулирования, имеющий характер инструмента и служащий целям общественного контроля;
- 4) *философская модель* — комплекс явлений, происходящих в ходе взаимодействия между людьми.

Развитие психотерапии тесно связано с разработкой учения о личности и закономерностях ее функционирования. Достаточно отметить, что само становление взглядов на личность в психоанализе, экзистенциально-гуманистической психологии во многом основывалось на психотерапевтической практике.

В нашей стране развитие психотерапии связано с работами одного из основателей отечественной медицинской психологии А. Ф. Лазурского (1921). В дальнейшем это направление исследований было продолжено В. Н. Мясищевым, в работах которого раскрывается психологическая сущность отношений в структуре личности. Психология отношений в нашей стране является основой для разработки учения о неврозах и патогенетической, личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. В работах Б. В. Зейгарник, ее учеников и сотрудников были намечены несколько основных направлений анализа личности с позиции психологии деятельности, вошедших в концепцию системы личностно-ориентированной психотерапии:

- а) характеристика преморбидной личности — сформированность иерархии мотивов, их широта, динамика, содержание ведущей деятельности;
- б) анализ основных противоречий, возникающих в развитии личности заболевшего человека, — внутрисмысловой системы личности (противоречия между операциональной и смысловой сторонами деятельности, несоответствие между сложившимся представлением о себе и необходимостью его изменения в связи с болезнью и др.);

в) характеристика основных перестроек личности, связанных с болезнью; изменение иерархии мотивов, сужение их сферы, изменение опосредованности деятельности.

Разработка проблем общения и закономерностей восприятия людьми друг друга важна для различных областей психотерапии, в особенности для групповой психотерапии, чтобы добиться эффективных методов социально-психологического тренинга, направленных на развитие коммуникативных и социально-перцептивных способностей инвалида. Все это необходимо для организации полноценного и продуктивного взаимодействия между людьми при решении лечебных, психологических и психопрофилактических задач, поиска путей оптимизации взаимоотношений между врачом и другим медицинским персоналом, с одной стороны, и пациентом — с другой (Б. Д. Карвасарский, 1990; М. М. Кабанов, 1978; В. А. Ташлыков, 1984).

По мнению А. А. Бодалева, способность к общению характеризует следующие моменты: 1) способность разбираться в людях и верно оценивать их психологию, 2) способность адекватно эмоционально откликаться на их поведение и состояние и 3) выбирать по отношению к каждому из них такой способ обращения, который, не расходясь с требованиями морали, в то же время наилучшим образом отвечал бы их индивидуальным особенностям. Таким образом, психотерапия реализует имеющиеся достижения психологии личности в решении практических задач.

Одной из значимых задач консультативной психологии является профилактика психических и психосоматических заболеваний, а также формирование «здоровой» личности.

Психосоматические заболевания не являются однородной группой. Основная категория *психогенных заболеваний* — *неврозы* — это, как правило, конфликтогенные нервно-психические расстройства, возникающие в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека и проявляющиеся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений. Неврозы являются главным образом реакцией

личности на субъективно трудную для нее ситуацию, поэтому для понимания их природы, а следовательно, и организации системы лечения и профилактики необходимо в большей мере учитывать условия внутрисемейного воспитания и формирования личности. В возникновении *психосоматических заболеваний*, например ишемической болезни сердца, соотношение биологических и психологических механизмов куда более сложно по сравнению с неврозами. Нарушение системы отношений личности выступает здесь, скорее, в качестве промежуточного звена, опосредующего для больного субъективное восприятие, как правило, объективно трудной стрессовой ситуации. К психосоматическим заболеваниям относятся такие распространенные нозологии, как бронхиальная астма, инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, язвенная болезнь и др.

Практика соматической медицины выдвигает перед практической психологией большой круг проблем, нуждающихся в исследовании, и прежде всего касающихся психологии личности. Знание личностных особенностей заболевшего человека необходимо клиницисту для определения прогноза заболевания, выработки правильной тактики терапевтических воздействий. Для этого необходимо решение целого ряда психологических проблем: изменение ведущей деятельности, формирование новой ведущей деятельности, замещающей прежнюю, измененную или распавшуюся в процессе заболевания, осознания своей болезни. Всякое тяжелое (особенно хроническое) заболевание ставит препятствия на пути реализации мотивов деятельности. При этом для судьбы человека и для его заболевания небезразлично, какая деятельность ограничивается - ведущая или подчиненная. Именно в момент тяжелого заболевания и выявляется в полной мере, какая по содержанию деятельность была ведущей для субъекта.

Фундаментальной для данной области исследований остается психосоматическая проблема, которая разрабатывается, прежде всего, в русле психоаналитически ориентированных исследований. Попытка построения объяснительной модели влияния психических факторов на

развитие и течение соматических клинических синдромов в нашей стране была предпринята Ф. Б. Бассиным, который считал, что происхождение и течение болезни зависят от активности отношения человека к окружающему его миру, к себе, к жизни в целом. Центральным направлением таких исследований выступает поиск особого психического качества, являющегося фактором, предрасполагающим к возникновению психосоматической патологии и влияющим на течение и лечение заболеваний. Последней во времени попыткой подобного рода исследований является выделение и описание феномена *алекситимии* (В. В. Николаева, 1991). Согласно имеющимся в литературе описаниям, для лиц с алекситимией характерно особое сочетание эмоциональных, когнитивных и личностных проявлений. Эмоциональная сфера этих пациентов отличается слабой дифференцированностью, они обнаруживают неспособность к распознаванию и точному описанию как собственного эмоционального состояния, так и состояния других людей. Когнитивная сфера лиц с алекситимией отличается недостаточностью воображения, преобладанием наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим, слабой функцией символизации и категоризации в мышлении. Личностный профиль таких пациентов характеризуется примитивностью жизненной направленности, инфантильностью и, что особенно существенно, недостаточностью функции рефлексии, т.е. возможности делать объектом анализа самого себя. Совокупность перечисленных качеств приводит к чрезмерному прагматизму, невозможности целостного представления собственной жизни, дефициту творческого отношения к ней, а также трудностям и конфликтам в межличностных отношениях. Последнее усугубляется еще и тем, что на фоне низкой эмоциональной дифференцированности у них в ряде ситуаций с легкостью возникают кратковременные, но чрезвычайно резко выраженные в поведении аффективные срывы, причины которых они сами плохо осознают. Ограниченные возможности понимания себя становятся значительным

препятствием в психотерапевтической работе с этими больными. Кроме того, проблема саморегуляции здесь тесно связана еще с одной актуальной для медицинской психологии клинической ситуацией - проблемой суицидального поведения.

К задачам психологии здоровья относятся: 1) повышение уровня психической культуры; культуры общения, т.е. степени совершенства в области внутренней и внешней коммуникации; 2) определение путей и условий для самореализации; раскрытие творческого и духовного потенциала личности. Эти задачи интегрируются в процессах развития и совершенствования личности и могут включать три аспекта работы: самопознание, самовоспитание и самоосуществление.

В своей теории и практике психология здоровья, очевидно, смыкается с задачами консультативной психологии. О чем свидетельствуют приоритетные направления в развитии медико-психологической службы.

1. Создание широкой сети детской и подростковой медико-психологической службы с целью диспансеризации детей дошкольного возраста, консультирования родителей по проблемам аномалии развития, воспитания детей и подростков с соматическими и психическими расстройствами, отклоняющимися формами поведения.
2. Создание службы психологического обеспечения профилактики нервно-психических расстройств, алкоголизма, наркомании, хронических инфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.
3. Организация в структуре экстренной медицинской помощи службы экстренной медико-психологической помощи лицам, пострадавшим в природных и технологических катастрофах, социальных конфликтах.

Глава 1. Психологические подходы к изучению невротических расстройств.

Не смотри на жизнь мрачнее,
чем она на тебя.

Г.Е Малкин

1.1 Определение понятий.

Жизнь сама по себе - ни благо, ни зло:
она вместилище и блага и зла, смотря
по тому, во что мы сами превратили ее.
Монтень.

В структуре заболеваемости населения при резком снижении инфекционной патологии относительно увеличивается удельных вес болезней, в возникновении и течении которых существенную роль играет фактор нервно-психического перенапряжения. К таким заболеваниям, прежде всего, относятся неврозы.

В отечественной литературе понятие невроза рассматривается для обозначения заболеваний, вызванных действием психической травмы, и относить их, таким образом, к психогенным заболеваниям, или психогениям.

Категория «психогенного» была предложена в трудах В.Н. Мясищева (1960) и включает в себя следующие положения:

1) психогения связана с личностью больного, с психотравмирующей ситуацией, с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить ее.

2) возникновение и течение неврозов, более или менее связаны с патогенной ситуацией и переживанием личности: наблюдается определенное соответствие между динамикой состояния больного и изменениями психотравмирующей ситуации.

3) клинические проявления невроза по своему содержанию в определенной степени связаны с психотравмирующей ситуацией и переживанием личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя собой аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных ее переживаний.

4) отмечается более высокая эффективность психотерапевтических методов по отношению ко всему заболеванию и отдельным его клиническим проявлениям, сравнительно с биологическими воздействиями.

Большое значение приобрели работы В.Н. Мясищева, в которых было показано, что основные клинические формы неврозов (неврастения, истерический невроз и невроз навязчивых состояний) могут быть поняты как зафиксированные особенности отдельных механизмов болезненного восприятия и переработки жизненных трудностей, переживаемых человеком

Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л; Изд-во. Ленингр. ун-та, 1960. – 426 с.

Мясищев В.Н., Карвасарский Б.Д. Некоторые теоретические и практические выводы из изучения 1000 больных отделения неврозов. – Журн. невропатол. и психиатр., 1967, вып.6, с. 897-900.

Карвасарский Б.Д. (1980) дает следующее определение неврозов – это психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений.

Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей. – М. 1980. – 443 с.

Невроз характеризуется, во-первых, обратимостью патологических нарушений, независимо от его длительности; во-вторых, порциальностью нарушения (страдает часть личности) с сохраняющимся критическим отношением к болезни. При психопатии, как врожденной, так и приобретенной, нарушение стабильно, хотя и имеет свою динамику, тотально, сознание болезни отсутствует.

1.2 Виды неврозов

Нет воображаемых несчастий.

Все несчастья реальны, если переживаешь их.

А.Франс.

Неврастения

В качестве самостоятельной нозологической формы была выделена в 1880 году.

Неврастения развивается чаще всего под влиянием более или менее продолжительной психической травматизации, ведущей к эмоциональному напряжению и недосыпанию, которые нередко возникают при длительном пребывании в неблагоприятной семейной или служебной обстановке, а также продолжительном состоянии тревоги и большом умственном или физическом напряжении, связанном с предъявлением к личности непосильных требований. Подобные причины особенно легко вызывают заболевание у лиц астенических, легко утомляемых, а также мнительных с высоко развитым чувством долга. Большое значение имеет воспитание.

Неврастения может развиваться и у лиц с сильной нервной системой. Предрасположением является инертность, особенно в ситуациях, требующих частых, быстрых переключений с одного вида деятельности на другой.

Истошающие организм факторы, связанные с недоеданием, чрезмерной работой без достаточного отдыха, способствуют возникновению неврастении.

Заболевание начинается постепенно. Основным симптомом является раздражительная слабость – т.е. повышенная возбудимость и легкая истощаемость больных. При повышенной возбудимости малозначащие или индифферентные для здорового человека раздражители начинают вызывать повышенную реакцию. Больные становятся вспыльчивыми, раздражительными, не выносят сильный шум, яркий свет и т.д. аналогично объясняются жалобы этих больных на неприятные ощущения в разных частях тела (головная боль, головокружение, шум в ушах и др.).

Повышенная возбудимость больных выражается в некотором повышении сухожильных рефлексов и легко возникает вегетативных реакций (сердцебиение, покраснение или побледнение лица, повышенное потоотделение). Часто у больных наблюдается тремор век, пальцев вытянутых рук.

Повышенная возбудимость обычно сочетается с быстрой истощаемостью, которая показывается в снижении трудоспособности, повышенной утомляемости, астении. Часто больные жалуются на общую физическую слабость; отсутствие бодрости, энергии, непереносимости к привычному до болезни режиму труда. Длительное активное напряжение внимания становится невозможным. С истощаемостью внимания часто связана и недостаточная фиксация некоторых событий. Этим объясняются жалобы на «плохую память», «забывчивость».

Повышенная возбудимость и быстрая истощаемость проявляются также в быстром возникновении эмоциональных реакций (печали, радости и т.д.) и в то же время в их кратковременности, нестойкости: при проявлении аппетита в быстром нарастании чувства голода и быстром угасании его в начале еды.

Истощаемость этих больных сказывается и в их нетерпеливости. Ожидание для них становится невыносимым.

Сон больных нарушен. Засыпание часто затруднено. Сон недостаточно глубокий, тревожный, с обилием сновидений. При этом больные легко пробуждаются под влиянием незначительных внешних раздражителей. После сна не возникает чувства бодрости, свежести, а, наоборот, появляется ощущение разбитости, сонливости. Многие больные неврастением жалуются на головную боль.

Больные неврастением осознают, что они больны, и часто ищут помощи у врачей, стремятся выздороветь.

Течение неврастения зависит от длительности действия, вызвавшей ее причины. Заболевание может стать затяжным и протекать с периодическими обострениями, если причина его не установлена. При прекращении действия неблагоприятной ситуации наступает быстрое выздоровление.

Можно выделить гиперстеническую и гипостеническую форму болезни.

Для первой формы характерны повышенная возбудимость, раздражительность, вспыльчивость, нетерпеливость, аффективная неустойчивость, рассеянность, торопливость, затруднение засыпания, соматовегетативные расстройства (потливость, тахикардия неприятные

ощущения в области сердца, головная боль, головокружение и т.д.); для второй – астения, повышенная утомляемость, падение работоспособности, легкая истощаемость внимания, чувство разбитости, отсутствие ощущения бодрости. Часто отмечаются соматовегетативные нарушения.

Иногда при неврастении, на передний план выступает пониженное настроение. Выделилась депрессивная форма неврастении, которая и сейчас признается некоторыми клиницистами.

К неврастении многие авторы относят так называемые неврозы внутренних органов.

Истерический невроз

При истерическом неврозе клиницисты обратили внимание на то, что симптомы чрезвычайно разнообразны и имеют сходство с другими заболеваниями как психическими, так и соматическими и вместе с тем, поражают своей «рациональностью» – возникает именно тот симптом, который в данных условиях «удобен», «выгоден» для больного. В связи с этим возникает важный вопрос дифференциации истерического невроза и симуляции с одной стороны и другими заболеваниями как соматическими, так и психическими, сходными с истерическим неврозом по своим проявлениям. Диагностическим критерием проведения дифференциации является механизм «бегства в болезнь», «условной приятности или желательности».

Нередко возникает предположение о том, что истерические симптомы возникают под действием какого-либо сверхсильного раздражителя, вызывающего испуг. Однако это не так. Под действием сигнала об опасности могут возникнуть либо физиологический аффект испуга, либо явления аффективного ступора. Симптомы, вызванные испугом, могут закрепиться или усилиться в результате действия истерических механизмов, а именно значимость ситуации, субъективное понимание невозможности разрешения проблемы рациональными способами и закрепление симптома по принципу условно-рефлекторной связи.

Истерия как невроз может возникнуть в случае пребывания человека в психотравмирующей ситуации. Отсюда возможность возникновения заболевания в неблагоприятной семейной обстановке, в условиях угрозы жизни или потери имущества, тюремного заключения и др.

Легче всего истерический невроз возникает у лиц художественного типа, нервная система которых оказалась ослабленной каким-либо вредным воздействием, и у истероидных психопатов.

Истерический невроз чаще всего наблюдается в молодом возрасте – от 16 до 25 лет. Он может возникнуть, однако, как у детей, так и в инволюционном периоде, а также в старческом возрасте.

Для истерического невроза характерно крайнее разнообразие и изменчивость симптомов.

Главнейшие из них припадки.

В конце XIX столетия были описаны припадки, получившие название припадков «большой истерии». Припадок начинался с фазы «эпилептоидных» судорог, во время которых наблюдались общие топические судороги и клонические движения. Эта фаза была кратковременной и переходила в фазу больших движений. В это время больные совершали крупные размашистые движения и изгибались дугой («истерическая дуга»), опираясь при этом на голову и пятки, бились туловищем и головой о кушетку, на которой лежали. Затем наступала фаза «страстных поз», во время которой мимика больных отображала аффект гнева, ужаса, состояния «экстаза» и т.д. Далее наступала фаза галлюцинаторно-делириозных переживаний. В это время больные плакали, смеялись, что-то невнятно шептали, стряхивали с себя «гадов и насекомых», к чему-то прислушивались. Длился припадок от получаса до часа, иногда затягиваясь на несколько часов. Происходящее во время припадка больные помнили, хотя и не могли воспроизвести многих деталей. Роль внушения, взаимного подражания в этих случаях отчетливо выступала.

Малые истерические припадки не сопровождаются падением. Больной сохраняет активное положение тела. Чаще всего они протекают в виде приступов рыданий, иногда прерывающихся громким хохотом, театральными жестами, попытками рвать на себе волосы, царапать тело, рвать одежду, разбрасывать предметы.

При дифференциации истерических припадков от эпилептических, важно учитывать механизм «условной приятности или желательности». В связи с этим надо обратить внимание на то, что эпилептические припадки могут возникать, когда больной находится один, а также на улице, на работе, во время сна. При истерических припадках больные, предчувствуя наступление припадка, успевают сесть или лечь. Тяжелые ушибы, ранения или ожоги вследствие падения на раскаленные предметы, как правило, не встречаются. Истерические припадки не сопровождаются резким цианозом лица, тяжелыми прикусами языка и т.д. Реакция зрачков на свет при истерических припадках в большинстве случаев сохранена, реакция на резкий запах также.

Двигательные расстройства при истерическом неврозе:

1) истерические параличи.

2) истерические гиперкинезы – дрожание различной амплитуды и частоты, как всего тела, так и отдельных его частей. Сюда относятся и некоторые тики. Чаще всего при этом охватываются мышцы лица.

Для истерического невроза характерны также расстройства чувствительности – анестезии, истерические боли.

К истерическим расстройствам вегетативных функций относятся:

1) истерическая рвота – описана у солдат Франции во время первой мировой войны.

2) со стороны органов дыхания нередко наблюдается периодическая одышка, носящая характер дыхания «гончей собаки», то сопровождающаяся разнообразными звуками.

3) очень редко, но встречается ложная истерическая беременность.

Истерические расстройства функций органов чувств выражаются главным образом в нарушении зрения и слуха.

Истерический амороз – полная истерическая слепота – может быть как на один, так и на оба глаза (на самом деле больные сохраняют зрительное восприятие и никогда не попадают в опасные для жизни условия).

Психические расстройства при истерическом неврозе весьма разнообразны. Это могут быть кратковременные галлюцинации. Истерические нарушения памяти, истерические фобии, депрессии, астении, ипохондрии, сумеречные состояния, ложное слабоумие.

Истерический невроз может принимать различное течение и длиться от нескольких минут до многих лет.

Устранение истерических симптомов может наступать в состоянии аффекта.

Невроз навязчивых состояний

Навязчивые состояния – обсессии – могут быть воспоминаниями (образы), воспроизводящими тяжелую психотравмирующую сцену, навязчивые мысли и действия. Сюда же относятся страхи.

Навязчивые переживания могут также вызываться и условно-рефлекторными раздражителями, бывшими в прошлом индифферентными и ставшими патогенными в результате совладения во времени с условно – и безусловно-рефлекторными раздражителями, вызвавшими чувство страха.

Навязчивые страхи: боязнь смерти (танатофобия) от заболеваний сердца, возможности покончить жизнь самоубийством, боязнь погибнуть под обломками здания или во время железнодорожной катастрофы, быть пораженным молнией, боязнь заражения сифилисом, бешенством, раком, психическими заболеваниями (лиссофобия), страх загрязнения (мизофобия), боязнь открытого пространства, улиц, широких площадей (агорофобия), закрытых помещений (клаустрофобия), страх за судьбу своих близких и т.д.

В связи с основной темой страха может появиться ряд фобий, связанных с ней по содержанию.

Навязчивые действия у больных носят чаще всего характер описанных мер «преодоления» фобий.

По своему генезу навязчивые состояния могут быть разделены на элементарные и криптогенные. Первые из них возникают непосредственно за действием вызвавшего их сверхсильного раздражителя, причем причина их возникновения очевидна, больные отдают себе отчет в том, что вызвало их заболевание. В отличие от этого навязчивые криптогенные состояния возникают, казалось бы, без внешнего повода, и причина их возникновения скрыта.

Навязчивое состояние является симптомом, который может быть при самых различных заболеваниях. При сосудистых заболеваниях головного мозга, эпилепсии, маниакально-депрессивном психозе в светлом промежутке, преморбидном периоде шизофрении, органических поражениях мозга, под действием психических травм.

В конкретно-психологическом содержании страха большую роль может играть психогенный фактор, хотя сама по себе фобия и является физиогенно обусловленной.

1.3 Этиология и патогенез неврозов

Кто боится страданий,
тот страдает уже от самого страха.
Монтень.

Этиологические факторы биологической природы

К ним чаще всего относятся, наследственная отягощенность раннего анамнеза патологической беременностью матери и патологически протекающими родами, соматическая диспозиция, являющаяся результатом перенесенных заболеваний, в т.ч. инфекций, травм и других изменяющих реактивность нервной системы и способствующих невротическому срыву факторов. Особенно велика роль хронических заболеваний.

Этиологические факторы психологической природы

К ним, прежде всего, относится преморбидная личность, а именно психопаты, акцентуированные личности.

По результатам исследований, проведенных Научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева были определены особенности личности людей, склонных к заболеванию неврозами.

Особенности личности, характерные для лиц, заболевших неврастениями: повышенная ответственность и добросовестность (70%) в сочетании с высокой чувствительностью и критике (86,4%), хорошая работоспособность и активность при наличии высокой интенсивности и продолжительности эмоций и достаточно выраженной тревожности, низкие показатели уступчивости при средней степени выраженности таких качеств как решительность, фрустрационная толерантность и адаптивность.

Больные истерией в преморбиде отличались завышенной самооценкой, эгоистичностью и эгоцентричностью, относительно высокой активностью, сочетавшейся у них с такими свойствами как низкая степень решительности и целенаправленности и значительная степень внушаемости и самовнушаемости. У них часто выявлялись сочетания выраженной сенситивности и тревожности с лабильностью и импульсивностью, средняя степень уступчивости и ответственности с высокой потребностью в контактах и лидерстве. У ряда больных отмечались проявления некоторой

шизоидности, которая выступала в виде высокой сенситивности, сочетающейся с эмоциональной холодностью, трудностью контактов.

В преморбиде больных неврозом навязчивых состояний обращала на себя внимание, прежде всего, низкая степень активности, уверенность в себе, решительности, целенаправленности, в сочетании с выраженной тревожностью и мнительностью – черты, свойственные психастеническому типу. Характерным для части больных было сочетание повышенной впечатлительности, при склонности к задержке внешних проявлений эмоциональных реакций и в связи с этим постоянной фиксацией больных на значительных для них сложных жизненных обстоятельствах, чему способствовала также склонность их к самовнушению. С учетом высокой степени ответственности и добросовестности, высокой чувствительностью и критике и средней степени способности к избеганию конфликтов более вероятной становится возможность формирования психологического конфликта, чаще всего в области морально-этических установок больного.

Ко второму этиологическому фактору психологической природы относятся психические травмы детского возраста, к которым относят: потерю близких, испуг, конфликты между близкими, развод родителей.

К третьему фактору относятся психотравмирующие ситуации и условия их патогенности. Обычно выделяют семейно-бытовые и производственные ситуации.

Этиологические факторы социальной природы

Родительская семья

Опыт показывает, что ранняя потеря родителей способствует развитию внутренней неустойчивости и обостренной потребности во внимании, т.е. обуславливает формирование как раз того психологического механизма, который существенен для возникновения истерических расстройств. Разводы родителей могут вселять известное недоверие к семейной жизни и сексуальным отношениям и, таким образом, могут неблагоприятно сказываться на психосексуальном развитии личности. Избалованность отмечена у 70% больных истерическим неврозом, у больных неврозом навязчивых состояний на передний план выступало сверхстрогое и сверхтребовательное отношение со стороны одного из родителей, часто сочетающееся со сверх протекцией со стороны другого.

У больных истерическим неврозом – изнеженность, заласканность, постоянная уступчивость больному, когда ему все позволено, неоправданное подчеркивание существующих и несуществующих достоинств, положительных качеств, что приводит к неадекватному завышению уровня притязаний. Для этих же больных характерны особенности характера, которые могут формироваться также при безразличном отношении по типу «отвержения», а также в обстановке грубо деспотического воспитания.

Формированию личностных черт, предрасполагающих к развитию невроза, навязчивых состояний, способствует неправильное воспитание в

обстановке чрезмерной опеки, оберегания, предъявления слишком строгих нравственных требований к ребенку, запугивания, подавления самостоятельности и лишения собственной инициативы. Особое значение имеет предъявление противоречивых требований.

Преморбидные особенности личности больных неврастенией формируются, прежде всего, в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к успеху без реального учета сил и возможностей индивида.

Образование, профессия и трудовая деятельность

При анализе влияния учебно-образовательного процесса на возникновение невроза отмечается, что болезнетворно действует не сама по себе умственная нагрузка, а неправильно организованный учебно-образовательный процесс, который может выступать в качестве патогенного фактора (несоблюдение правил психогигиены обучения, недостаток свободного времени для удовлетворения личных потребностей, завышенные требования к себе, часто связанные со сверхценным отношением родителей к высоким оценкам, конфликтные отношения на разных уровнях в процессе обучения).

Указанные обстоятельства объясняют данные, приводимые многими авторами, о высокой частоте невротических проявлений у учащихся школ, училищ и студентов высших учебных заведений. Около 50% студентов Гарвардского университета характеризуются той или иной степенью выраженности эмоциональных расстройств.

Убедительной связи между уровнем образования и частотой заболеваемости неврозами не выявлено.

В работах Б.Д. Карвасарского и В.Н. Мясищева рассмотрен вопрос о возможной неврозогенной вредности отдельных профессий. На первом месте инженерно-технические работники, 2 – медицинские работники, 3 – педагоги, 4 – учащиеся (техникумы и ВУЗы), 5 – финансово-экономические работники.

Факторы риска – отрицательный эмоционально-волевой настрой индивида к труду вообще или к собственной профессии, что может определяться низким общественным сознанием, отсутствием трудовых навыков, неудовлетворенностью профессией, недоброжелательные отношения в коллективе, чему может способствовать нерациональная организация труда, штурмовщина и т.д.

Таким образом, подход к проблеме происхождения неврозов с позиции полифакторной этиологии (биологии, психологии, социологии) в большей степени, чем другие соответствует и современному уровню наших знаний и их природе.

Патогенез неврозов

Нейродинамический аспект

К нейродинамическому аспекту патогенеза неврозов относятся следующие объяснительные модели:

Нейродинамическая концепция неврозов И.П. Павлова (типы высшей нервной деятельности, соотношение первой и второй сигнальных систем, коры и подкорки).

Срыв высшей нервной деятельности который может быть обусловлен одним из трех факторов: перенапряжением раздражительного, тормозного процесса или их подвижности.

Основными поставщиками неврозов по И.П. Павлову являются крайние варианты нормы.

Нейрохимический аспект

Концепция стресса Ганса Селье. В рамках этой теории неврозы представляют собой клиническую модель острого, а чаще хронического эмоционального стресса.

Психологический аспект

Длительность эмоционального напряжения при психологическом конфликте зависит не столько от длительности существования объективно трудной психотравмирующей ситуации, сколько от противоречивого характера отношений к ней личности, препятствующего рациональному разрешению конфликта и затрудняющего выход из него.

Классификация конфликтов

В.Н.Мясищевым были выделены три основных типа невротического конфликта: истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический.

Истерический конфликт определяется чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих. Отсутствие критического отношения к своему поведению.

Второй (обсессивно-психастенический) тип невротического конфликта обусловлен, прежде всего, противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями. При этом если даже одна из них и становится доминирующей, то продолжает встречать противодействие другой, создаются благоприятные возможности для резкого усиления нервно-психического напряжения и возникновения невроза навязчивых состояний.

Наконец, конфликт третьего типа (неврастенический) представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе – с другой. Особенности этого конфликта формируются чаще всего в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей индивида.

Глава 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Здоровый нищий счастливее здорового короля.

2.1. Психосоматические расстройства и их распространенность

Единственная красота, которую я знаю, - это здоровье.

Генрих Гейне.

Психосоматика — это направление медицинской психологии, занимающееся изучением психических факторов в развитии функциональных и органических расстройств. Следует различать «истинные психосоматозы», возникновение которых определяется психическими факторами и лечение которых должно быть направлено на их устранение и коррекцию, и остальные заболевания, включая инфекционные, на динамику которых психические и поведенческие факторы оказывают существенное воздействие, но не являются первопричиной их возникновения.

Психосоматические расстройства — это группа болезненных состояний, проявляющихся соматизацией психических нарушений (т.е. возникновением телесных расстройств) или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов. Расстройства, относимые к психосоматическим, включают не только психосоматические заболевания в традиционном, узком понимании этого термина, но и значительно более широкий круг нарушений: соматизированные расстройства, патологические психогенные реакции на соматическое заболевание. К этому ряду относятся также психические расстройства, часто осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия, алкоголизм и др.), нарушения, осложняющие некоторые методы лечения, например депрессии и мнестические расстройства, развивающиеся после операции аортокоронарного шунтирования. В рамках психосоматических расстройств рассматриваются состояния, связанные с генеративным циклом у женщин

(синдром «предменструального напряжения» и «предменструальное дисфорическое расстройство»; депрессии беременных и послеродовые депрессии; инволюционная истерия и др.) К психосоматическим расстройствам причисляют также соматогенные (симптоматические) психозы.

О распространенности психосоматических нарушений в целом судить трудно, так как в связи с многообразием их клинических проявлений больные наблюдаются в разных медицинских учреждениях как общесоматического, так и психиатрического профиля, а иногда обращаются за помощью к представителям «нетрадиционной медицины», вообще выпадая из поля зрения врачей. Поэтому имеющиеся в литературе показатели заболеваемости психосоматическими расстройствами должны оцениваться как заниженные. И все же опубликованные данные свидетельствуют о том, что не менее 30% (а по мнению большинства авторов, не менее 50%) больных, обращающихся с соматическими жалобами в лечебные учреждения, составляют по существу практически здоровые лица, нуждающиеся лишь в известной коррекции эмоционального состояния; минимум у 25% лиц с действительно соматическими страданиями значительную роль в клинической картине играют невротические черты¹. Среди контингента пациентов многопрофильной больницы психосоматические расстройства были выявлены в 53,6% случаев².

¹ Видгорчик М. И. Возможности применения психодиагностического подхода оценки личности в динамике психосоматических заболеваний. М., 1998.

² Смулевич Л. Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Научный центр психического здоровья РАМН. М., 2002.

В силу особенностей общей культуры большинства пациентов обращение к психотерапевту или психологу-консультанту воспринимается ими весьма негативно, и в итоге пациент не получает должной

квалифицированной помощи.

2.2. Концептуальные подходы к проблеме психосоматических нарушений

Устраните причину, тогда пройдет и болезнь.

Гиппократ

Термин «психосоматика» был предложен в 1818 г., хотя тесная связь душевных переживаний и различного рода телесных недугов издавна привлекала внимание философов, поэтов, врачей. Каноны древней медицины подразумевали неразделимость телесного и психического. Еще Платон говорил: «Где целое чувствует себя плохо, часть его не может быть здоровой».

К числу научных концепций, оказавших существенное влияние на развитие психосоматической медицины принадлежит теория нервизма И. М. Сеченова, психофизическое учение И. П. Павлова (1849–1936), психосоматическая теория Зигмунда Фрейда (1856–1939), а также теория стресса Ганса Селье (1907-1982). Прогресс исследования в этой области связан с именами Франца Александера (1891-1964) и Элен Фландерс Данбар (1902-1959). Большой вклад в изучение психосоматических соотношений при психической и соматической патологии принадлежит В. М. Бехтереву, который выдвинул концепцию соматофрении. К настоящему времени этой проблеме посвящено большое количество работ, в основном придерживающихся психоаналитической традиции. Основным вопросом, занимающим психосоматику, является вопрос об этиологии и патогенезе психосоматических заболеваний, т.е. о причинах и механизмах их возникновения и развития.

Психоаналитическая теория и ее модель истерической конверсии

Отношение психоанализа к проблеме психосоматических заболеваний неоднозначно. Эта неисследованная пограничная область и сейчас остается проблематичной, что во многом связано с возникновением различных психосоматических школ с собственными исследовательскими подходами. При этом проблема психосоматики с самого начала была центральной проблемой психоанализа, возникшего благодаря изучению психосоматического аспекта органической симптоматики истерии и невроза страха.

Психоаналитическая психосоматика не претендует на объяснение психосоматических механизмов здоровья и болезни. З. Фрейд считал, что психические и органические симптомы их пациентов, которые не удавалось обосновать органическими поражениями, теряли свою иррациональность и непонятность в тот момент, когда удавалось связать их функцию с биографией и жизненной ситуацией пациента. Фрейд писал: «У анализированных мною больных психическое здоровье сохранялось до момента наступления непереносимости в мире их представлений, то есть пока какое-то переживание, представление или ощущение не вызывало такой болезненный аффект в их «Я», что личность предпочитала забыть о нем, потому что не находила сил разрешить противоречие этого непереносимого представления со своим «Я» и его мыслительной работой». Этот «прыжок» в психическом поведении Фрейд назвал *конверсией* (от лат. *conversio* – превращение), предполагая при этом скачок из психики в соматическую иннервацию. Он утверждал, что при истерии «происходит обезвреживание непереносимого для больного представления путем перевода нарастающего возбуждения в соматические процессы...»

Одновременно с моделью конверсии в ходе исследования так называемого невроза тревоги Фрейд сформулировал вторую концепцию психосоматического возникновения соматических симптомов, радикально

отличавшуюся от конверсии. Он обнаружил, что такие симптомы, как расстройства сердечной деятельности, дыхания, приступообразный голод, понос, головокружение, сужение сосудов и парестезия, сопровождают приступ тревоги в качестве «эквивалентов приступа тревоги» или как «лабиринтные состояния тревоги» и часто полностью заменяют его. Фрейд причисляет конверсию к вытеснению, а соматические эквиваленты тревоги к более примитивному защитному механизму – проекции.

Теории материнской личности

Последователи Фрейда продолжили анализ соотношений психологического конфликта и телесного «Я». Так, Георг Гродек (1866 – 1934) считал необходимым выйти за пределы неврозов в рассмотрении психосоматики. Он предполагал, что не только истерик обладает даром делать себя больным с какой-то целью: каждый человек обладает этой способностью, и каждый использует ее объеме, который мы не вполне себе представляем.

Хелене Дойч (1884–1982) расширяет модель конверсии на все органические симптомы. Она предпринимает попытку разработки функционального аспекта своей концепции «конверсионального потока». Для этого она создает *теорию символизации* как ступени формирования всех процессов конверсии. Вместе с Фрейдом Дойч предполагает, что чувство реальности является результатом проекции телесных сенсорных ощущений на внешние объекты. Подобный процесс происходит тогда, когда ребенок воспринимает эти объекты как утраченные части собственного тела. Возникновение соматического «Я» происходит в ранних отношениях матери и ребенка. Ребенок в первое время жизни не воспринимает себя отдельно от матери, он не разграничивает внутренний мир и внешний, «Я» и «не-Я». Мать воспринимается им как часть собственного тела, само тело не имеет ясных границ, ребенок не в состоянии воспринимать свои функции иначе как

общим и неспецифическим образом. Мать и ребенок образуют психосоматическое единство, они живут в диодном симбиозе. Задача этой диады, наряду с питанием и уходом, обеспечивающим функциональное поддержание жизни ребенка, - создать постнатальный климат, в котором ребенок под защитой материнской опеки с помощью телесно-эмоционального и телесного контакта с ней имеет возможность постепенного восприятия своих потребностей и соматических функций, чтобы таким образом обрести чувство и сознание собственного тела.

Лихтенштейн в работе «Роль нарциссизма в возникновении и поддержании первичной идентичности» (1964) придерживается мнения, что мать в ситуации раннего симбиоза имеет функцию зеркального отражения на ребенка его потребностей, фантазий, действий, прежде всего на уровне осязательного и обонятельного восприятия. Он утверждает, что ребенок осознает себя в бессознательных побуждениях матери, которые она проявляет во взаимодействии с ним. В отношениях мать-дитя ребенок может воспринимать себя самого существующим. Эта «первичная идентичность» является предшественницей границ *телесного «Я»*, которое, развиваясь в симбиозе матери и ребенка, имеет аспект тождественности. Поэтому нарушения раннего развития *соматического «Я»*, вызванные неправильным и недостаточно аффективным телесным контактом между матерью и ребенком, являются не только нарушениями функциональной структуры, но и всегда нарушениями идентичности. Лишь когда мать в состоянии понимать ранние недифференцированные соматические проявления ребенка как речь органов и тела и адекватно отвечать на выражаемые этим языком потребности и чувства, она сможет дать ребенку возможность правильного развития соматического «Я», т.е. формирование его соматической границы и чувства физического существования. Поэтому неспособность матери воспринимать потребности ребенка, ошибочное и нестабильное реагирование на ранние проявления его поведения ведут к телесным нарушениям развития соматического «Я».

Ротмен (1973) обнаружил достоверные корреляции между формами реакций новорожденного и установками матери во внутриутробном периоде. Он показал, что новорожденные, матери которых во время беременности ощущали открытую враждебность к ребенку, демонстрировали повышенную готовность реагировать в нормальных ситуациях психосоматической дезинтеграцией. В анализе психосоматических больных часто оказывается, что мать, которая не смогла найти и развить собственную идентичность в своей семье, имеет нереалистичный образ «идеальной матери» и «идеального ребенка». Беспомощный, телесно несовершенный новорожденный рассматривается ею как оскорбление. Мать воспринимает ребенка первично дефектным, а его соматические потребности как очередное унижение. Защищаясь от этого, мать навязывает ребенку свое собственное бессознательное требование совершенства, по большей части в форме жесткого контроля всех его жизненных проявлений, в особенности соматических функций. На протест ребенка против этого насилия, оставляющего его потребности неудовлетворенными, мать реагирует непониманием и враждебностью. Лишь соматическое заболевание ребенка позволяет матери подтвердить свое идеальное бессознательное представление о себе, как о совершенной матери, и вознаградить за это ребенка действительным вниманием и заботой. Но выздоровление опять лишает ребенка заботы, поскольку мать возвращается к своему обычному поведению. Мать, компенсирующая бессознательное отвержение ребенка заботой и уходом за ним, когда он болен, вынуждает его отказаться от своей самостоятельности и служить для матери носителем симптомов разрешения ее конфликта идентичности.

Теория специфичности интрапсихического конфликта

Ф. Александер основное внимание уделяет вопросу эмоциональной специфичности вегетативных неврозов. Он полагает, что срыв вегетативных

функций связан с эмоциональным состоянием в определенных конфликтных ситуациях. Именно симпатическая часть автономной системы готовит к экстремальной ситуации или, в биологических терминах, к борьбе или бегству, а когда симпатические нервы стимулированы, происходят определенные телесные изменения: сердце бьется быстрее, зрачки расширяются, желудочная активность подавляется, из печени высвобождается сахар и т.д. Эти активности сопровождаются выделением из надпочечников гормона адреналина, интенсифицирующего их действие. Расширенные зрачки, бледность кожи, частый пульс составляют внешне наблюдаемые признаки таких экстремальных реакций в страхе и злости, которые выполняют функцию увеличения эффективности действия. Когда организм отдыхает, происходят обратные изменения. Под действием парасимпатической системы сердце бьется медленно, желудок продолжает переваривать свое содержимое, кожа приобретает румянец, зрачки сужаются, а в печени откладывается сахар. Таким образом, симпатическая активность является процессом *распада* (катаболизмическим), тогда как парасимпатическая активность суть процесса *накопления* (анаболизмический), и эти две фундаментальные реакции полезны животным тем, что они готовят организм к действию или к расслаблению. Но человек отличается от животных в двух очень важных отношениях. Во-первых, у животных и, до некоторой степени, в нормальном человеческом существе эти физиологические изменения длятся лишь до той поры, пока в них есть необходимость. Животные живут в вечном настоящем, тогда как человеческий индивид по причине его способности к визуализации прошлого и будущего может испытывать чувства, не вызванные непосредственным стимулом, - страх или возмущение по поводу их обоих. Другое отличие между животными и человеческими существами - способность последних рассматривать в качестве экстремальных такие ситуации, в которых опасность угрожает не жизни и здоровью, а всего лишь гордости и чувству собственного достоинства (опасность не объективная, а символическая).

Животное, а при нормальных обстоятельствах и человек, чья симпатическая система подверглась стимуляции, входят в экстремальное состояние, но характерной чертой невротика является склонность подавлять или сдерживать эти эмоции вместо высвобождения экстремальной реакции, таким образом, никогда не завершая их. Он погружается в постоянное состояние готовности перед лицом угрозы, которая может быть чисто субъективной и никогда не приводит его к каким-либо действиям. В результате описанные физиологические изменения могут превратиться из временных экстремальных реакций в постоянные и закрепленные. Такова, согласно Александеру, физиологическая основа психосоматических расстройств¹.

¹ Подробнее см.: Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М. : Эксмо, 2002.

Существует два крайних типа индивидов: те, кто перед лицом опасности склонны отвечать действием (т.е. *симпатической стимуляцией*), и те, кто в сходных условиях отвечают тем, что описывается как «вегетативное отступление» (т.е. *парасимпатическая стимуляция*). В первом случае невротик подавляет свои агрессивные импульсы и, следовательно, может развить такие психосоматические заболевания, как повышенное кровяное давление, диабет, ревматоидный артрит и базедова болезнь. При существенной гипертонии повышенное кровяное давление хронически поддерживается под влиянием сдерживаемых и никогда не высвобождаемых полностью эмоций. Эмоциональное влияние на регуляторные механизмы углеводного метаболизма, очевидно, играет значительную роль при диабете. Хронически повышенное мышечное напряжение, вызванное длительными агрессивными импульсами, оказывается патогенным фактором при ревматоидном артрите. Воздействия этого типа эмоций на эндокринные

функции можно наблюдать при токсикозе щитовидной железы. Реакции сосудов на эмоциональные напряжения играют важную роль в некоторых формах головных болей. Во втором состоянии, связанном с парасимпатической стимуляцией, индивид уклоняется от действия и переходит в зависимое состояние. Такие люди, вместо того чтобы открыто встретить опасность, склонны обращаться за помощью, как беззащитные дети. Затянувшаяся повышенная парасимпатическая стимуляция приводит к таким расстройствам, как диспепсия (расстройство пищеварения), язва, хронический понос, колит, запоры. В случаях ревматоидных артритов было выявлено заметное эмоциональное влияние на мускульное выражение чувств, которое при этом исключительно сильно контролируется. При астме наиболее специфический психологический конфликт концентрируется вокруг общения с ключевыми фигурами жизни.

Однако Александер считал, что наличие одних только психологических особенностей не обуславливает возникновение болезни. В связи с этим появилась гипотеза о так называемой *двойной причинности*, т.е. совпадении соматических и психических факторов. Человек со специфической уязвимостью органа и характерной конфликтной моделью заболевает соответствующей болезнью только в том случае, когда случайный поворот событий в его жизни мобилизует его центральный конфликт, приводя к разрушению психической защиты организма.

Теория личностного профиля Ф. Данбар

Представление о предрасположенности определенных типов личности к тем или иным болезням всегда присутствовало в медицинском мышлении. Еще в то время, когда медицина основывалась исключительно на клиническом опыте, внимательные врачи отмечали распространенность определенных болезней у лиц с определенным физическим или психическим складом. Однако, насколько важен этот факт, им было совершенно

неизвестно. Хороший врач гордился знанием подобных корреляций, происходящим из его большого опыта. Он знал, что худой, высокий человек с впалой грудью скорее склонен к туберкулезу, чем полный, коренастый тип, и что последний скорее склонен к внутримозговому кровоизлиянию. Наряду с такого рода корреляциями между болезнью и строением тела обнаруживались корреляции между чертами личности и определенными болезнями. Выражения типа «меланхолия» отражают интуитивное знание о большой распространенности депрессивных черт среди лиц, страдающих расстройством желчного пузыря. Склонность диабетиков к кулинарным излишествам и связь сердечных расстройств с тревогой общеизвестны. Эндокринные заболевания, такие, как гипер- и гипотиреоз, - это еще одна благодатная область для выявления корреляций черт личности с картиной болезни: крайне нервный, чувствительный пациент, страдающий базедовой болезнью, резко контрастирует с медлительным, флегматичным, вялым человеком с гипотиреозом.

Большинство этих наблюдений носили более или менее эпизодический характер, пока Фландерс Данбар не применила к ним современные методы психодинамической диагностики. Она предположила, что люди, страдающие одной и той же болезнью, похожи по личностным особенностям, которые и ответственны за возникновение заболевания. В своих «исследованиях профилей» она описывает определенные статистические корреляции между болезнью и типом личности¹. Примером данного подхода является теория поведения типа А².

¹ См.: Dunbar F. Mind and body: Psychosomatic medicine. Random, New York, 1947.

² См., например: *Оганесян Л. Л.* О психологическом профиле сердечного больного. Ереван, 1963; *Рожанец Р. В., Коница О. С.* Психологические проблемы профилактической кардиологии (Проблемы изучения психологических и социальных факторов в этиологии и патогенезе основных сердечно-сосудистых заболеваний) // Психологический журнал. 1986. № 1.

Поведение типа А. Среди факторов ишемической болезни сердца (ИБС) ряд исследователей выделяют поведение типа А, при котором вероятность возникновения ИБС возрастает в 2-7 раз. Поведение данного типа представляет собой феномен, включающий такие признаки, как чувство дефицита времени, тенденцию к соперничеству, враждебность, сильную вовлеченность в разные виды деятельности, напряженность и нетерпеливость, выразительную речь, быструю походку. Эти признаки можно наблюдать у человека, энергично включившегося в «хроническую» борьбу за достижение все большего и большего за короткий промежуток времени и продолжающего свою деятельность несмотря ни на что¹.

¹ За тип Б принимается такой тип поведения, который не обладает указанными признаками.

Комитет экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по сердечно-сосудистым заболеваниям отмечает, что пока еще не было установлено прямой причинной связи поведения типа А с ИБС. Тем не менее поведение типа А включено в перечень факторов риска в ИБС.

Основные характеристики поведения типа А. Возникает гипотеза, согласно которой поведение типа А представляет собой не один, а несколько поведенческих паттернов: нетерпеливость, склонность к соперничеству, гнев и враждебность. Существуют и теории, объясняющие поведение типа А. Так, *анализ проявлений эгоцентризма* ориентирован на изучении речи людей, относящихся к типу А. Обнаружено, что люди, обладающие данным типом поведения, чаще употребляют местоимения «я», «мне», «моё» и т.п., что расценивается как показатель повышенного внимания таких людей к собственной персоне. Именно эти особенности связывают со склонностью к агрессивным реакциям. Другая концепция - *анализ дефицита контроля* - дает возможность рассматривать поведение типа А как специфический

способ овладения стрессовыми факторами окружения. Предполагается, что такое поведение представляет собой попытку контролировать те события, которые не подвластны субъекту. Наконец, существует *анализ неопределенности критериев*. В рамках данной концепции считается, что лица с поведением типа А обладают повышенной зависимостью от общественного мнения, постоянно сравнивают свои достижения с достижениями других, демонстрируя при этом тенденцию к использованию завышенных и нечетко определенных критериев оценки. Это приводит их к вовлеченности в постоянную борьбу за успех, а также к развитию хронического ощущения дефицита времени.

Теория десоматизации-ресоматизации и концепция «утраты значимых для индивида объектов»

Макс Шур психосоматическое симптомообразование описывал как *временную регрессию* — возвращение к более ранним формам, чаще — детским переживаниям. В основе этой концепции лежит представление о «законе двойного выражения чувств». Нормальное развитие ребенка сопровождается уменьшением доли соматического в проявлении чувств и соответствует понятию *десоматизации*. В процессе десоматизации растущий индивидуум становится все более независимым от вегетативных процессов для поддержания своего гомеостаза. Патологическое развитие может быть определено как *ресоматизация*, т.е. возвращение к более частому соматическому реагированию.

Концепция утраты значимых для индивида объектов представляет собой психологическую разновидность теории адаптационного синдрома. Согласно У. Б. Кеннону (1871-1945), под *объектами* понимаются одушевленные и неодушевленные факторы окружения, к которым у субъекта имеется сильная привязанность. Предполагается, что утрата значимых объектов вызывает состояние стресса и опасности, что может влиять на

адаптационные механизмы¹.

¹ См.: Кеннон У. Физиология эмоций / пер. англ. Л. : Прибой, 1927.

По интегративной модели состояние здоровья определяется как *успешное приспособление к окружающему миру*; болезнь – как *нанесение ущерба или нарушение определенных компонентов (областей) или функций организма человека*. Болезнь не является единственным основанием появления *чувства болезни и страдания*. Это чувство возникает также вследствие неспособности человека приспособиться к различным жизненным ситуациям или к болезни, оно является результатом несоответствия между адаптивными возможностями человека и требованиями, которые к ним предъявляются. Лечение имеет задачу облегчить адаптивную недостаточность.

* * *

Анализ перечисленных выше теорий показывает, что ключевым процессом в возникновении психосоматического заболевания является нарушение эмоциональной регуляции в связи с усложнением адаптации личности к многозначности социальных отношений. Непосредственным механизмом возникновения психосоматического заболевания можно считать долговременную память, закрепляющую пережитое человеком стрессовое состояние паники, страха, ужаса.

2.3. Психологическая природа эмоций

Здоровье души не менее хрупко, чем здоровье тела, и тот, кто мнит себя свободным от страстей, так же легко может им поддаться, как человек цветущего здоровья - заболеть.

Ларошфуко

Познавая действительность, человек, так или иначе, относится к предметам, явлениям, событиям, к другим людям, к своей личности. Всё это различные виды субъективного отношения человека к действительности. В психологии эмоциями называют процессы, отражающие личную значимость и оценку внешних и внутренних ситуаций для жизнедеятельности человека в форме переживаний.

Иными словами можно сказать, что в нашем опыте всегда присутствуют две составляющие: внутренний и внешний опыт, неразрывно связанные между собой. Содержание внутреннего, постигается через внешнее, посредством внешнего. Внешний мир познается на основе внутреннего и с его помощью.

При определении эмоции должна быть решена задача отграничения её от родственных им психических процессов и данной конкретной эмоции от других эмоций. Обычно эмоции характеризуются как психические реакции (переживания), 1) – отражающие, или 2) –выражающие, или 3) – представляющие собой отношение субъекта к жизненным обстоятельствам и ситуациям либо к воздействиям на него из внешней и внутренней среды. Нередко раскрытие специфических признаков эмоций подменяется их перечислением: эмоция есть отражение внешних и внутренних воздействий в форме радости, горя, страха, удовольствия или неудовольствия и т.п. Наиболее полным, на наш взгляд, является следующее определение: *эмоции* – особый класс субъективных психологических состояний, связанных с оценкой значимости для индивида действующих на него факторов и выражаемых прежде всего в форме непосредственных переживаний удовлетворения или неудовлетворения его актуальных потребностей. «В теории деятельности эмоции определяются как отражение отношения результата деятельности к её мотиву, являются одним из главных регуляторов деятельности. Если с позиции мотива деятельность успешна, возникают положительные эмоции; если неуспешна - отрицательные». При этом нельзя забывать, что само эмоциональное реагирование идентифицируется на основе свойственной каждой эмоции паттерна экспрессивных и интроспективных проявлений, поэтому «эмоция - это психическое переживание..., выражающееся в специфическом для каждой эмоции психосоматическом проявлении».

Теории эмоций

Впервые эмоционально выразительные движения стали предметом изучения **Ч. Дарвина**. На основе сравнительных исследований эмоциональных движений млекопитающих он создал биологическую концепцию эмоций, согласно которой выразительные эмоциональные движения возникли в процессе эволюции как средство, при помощи которого живые существа устанавливают значимость тех или иных условий для удовлетворения актуальных для них потребностей.

Согласно теории американского психолога У. Джеймса, тот факт, что эмоции характеризуются ярко выраженными изменениями в деятельности внутренних органов, в состоянии мышц, позволяет предположить, что эмоции представляют собой сумму только органических ощущений, вызываемых этими изменениями. Согласно его мнению, человеку грустно, потому что он плачет, а никак не наоборот.

Таким образом, У. Джеймс и независимо от него К.Г. Ланге предложили "периферическую" теорию эмоций, согласно которой эмоция является вторичным явлением – осознанием приходящих в мозг сигналов об изменениях в мышцах, сосудах и внутренних органах в момент реализации поведенческого акта, вызванного эмоциогенным раздражителем.

С позиции теории У. Джеймса–К.Г. Ланге, акт возникновения эмоции выглядит следующим образом: раздражитель - возникновение физиологических изменений – сигналы об этих изменениях в мозг – эмоция.

В данном аспекте представляет интерес концепция Арнольда, согласно которой интуитивная оценка ситуации, например, угрозы, вызывает тенденцию действовать, что, будучи выраженным в различных телесных изменениях, переживается как эмоция и может привести к действию. Если Джеймс говорил "мы боимся, потому что дрожим", то из концепции Арнольда следует, что мы боимся потому, что решили, будто нам угрожают.

Психоаналитическая теория эмоций. Наиболее концентрированное представление психоаналитиков о механизмах возникновения эмоций дано Д. Рапопортом. Суть этих представлений в следующем: воспринятый извне перцептивный образ вызывает бессознательный процесс, в ходе которого происходит неосознаваемая человеком мобилизация инстинктивной энергии; если она не может найти себе применения во внешней активности человека, она ищет другие каналы разрядки в виде произвольной активности.

Биологическая теория эмоций П.К. Анохина. Эмоции рассматриваются как продукт эволюции, как приспособительный фактор. Это механизм, предупреждающий разрушительный характер недостатка или избытка каких-либо факторов жизни данного организма. Именно эмоции, как первое звено в общей цепи приспособительных процессов, выступают как такие формы реакций, которые, сменяя друг друга, охватывают весь организм и позволяют ему «отвечать на любые воздействия окружающей среды ещё до установления их конкретных параметров»¹.

Положительные эмоции возникают, когда реальный результат совершенного поведенческого акта совпадает или превышает ожидаемый полезный результат, и наоборот, недостаток реального результата, несовпадение с ожидаемым, ведет к отрицательным эмоциям. Неоднократное удовлетворение потребностей, окрашенное положительной эмоцией, способствует обучению соответствующей деятельности, а повторные неудачи в получении запрограммированного результата вызывают

¹ Анохин П.К. Эмоции // Психология эмоций: Тексты. – М., 1984. – С. 173.

торможение неэффективной деятельности и поиски новых более успешных способов достижения цели.

Хотя наличие потребности – обязательное условие возникновения эмоции, оно вряд ли является единственным и достаточным. Это положение было отправной точкой для построения **П.В. Симоновым информационной теории эмоций**:

1. эмоция не возникает, если потребность отсутствует, а также при наличии потребности, если система вполне информирована;
2. при дефиците наличной информации появляется отрицательная эмоция, достигающая максимума в случае полного отсутствия информации;
3. положительная эмоция возникает, когда наличная информация превышает информацию, прогностически необходимую для удовлетворения данной потребности.

Таким образом, формула эмоций отражает количественную зависимость интенсивности эмоциональной реакции от силы потребности и размеров дефицита или прироста прагматической информации, необходимой для удовлетворения данной потребности.

Таким образом, в ряде случаев, знания, информированность личности снимают эмоции, изменяют эмоциональный настрой и поведение личности.

Теория дифференциальных эмоций К. Изарда. Объектом рассмотрения данной теории являются эмоции, как самостоятельный переживательно – мотивационный процесс, включающий нейрофизиологические, нервно-мышечные и чувственно-переживательные аспекты, вследствие чего он рассматривает эмоцию как систему.

Итак, эмоции представляют собой комплексное явление, включающее психологические, физиологические и поведенческие компоненты. Психологическая составляющая проявляется в виде субъективных внутренних переживаний, поведенческая – в форме экспрессивных внешних реакций, физиологическая – как изменения в деятельности внутренних органов.

Нервно-физиологический механизм эмоций представляет собой примерно следующую картину: возникший в коре больших полушарий головного мозга процесс возбуждения (при восприятии человеком какого-либо объекта) при определенных условиях распространяется на подкорковые центры. Затем передается через подкорку на вегетативную нервную систему (её симпатический и парасимпатический отделы), которая в свою очередь воздействует на эндокринную (в частности, изменения в деятельности передней доли гипофиза, надпочечников, половых желез, вилочковой железы и др.) и нервно-гуморальную системы и тем самым определяет соответствующие изменения в организме (изменение состава крови, кровообращения, дыхания, пищеварения, терморегуляции, выделения и др.), которые вторично влияют на состояние психики, вызывая соответствующие внешние проявления эмоций (учащение сердцебиения при страхе, изменения в ритме дыхания при гневе и т.п.).

По мнению П.К. Анохина, «эмоциональный разряд, если он возник, задержать невозможно. Могут быть задержаны только те его компоненты, которые поддаются корковому контролю, но этот разряд обязательно разрешится, включая самые периферические аппараты. Эмоция, не нашедшая внешней разрядки, неотрагированная ("задержанная", "подавленная", "вытесненная") с большой вероятностью выразит себя на физическом уровне» Г.Х. Шингарев².

В выражении эмоций человек мало чем отличается от животного: у них также происходят изменения в деятельности внутренних органов и систем органов, а также различные мимические и пантомимические выражения эмоций. Но, как мы уже отмечали, у человека есть особый способ выражения и осознания эмоций – через "означение" в словах.

В лингвистической литературе существует два подхода к определению (описанию) эмоций: смысловой и метафорический. Приведем соответствующие примеры: "Х. испытывает стыд", означает "Х. переживает то, что переживает человек, когда он считает, что сделал нечто нехорошее, что не соответствует его представлениям о должном, о том, что от него ожидали значимые для него другие и когда ему хочется, чтобы они об этом не знали". В рамках метафорического подхода эмоция часто описывается через действие, которое она производит на человека. Страх «нападает» на человека, «парализует» его. Горе обрушивается. Радость разливается, искрится.

По мнению А.Ш. Тхостова, «эмоции можно рассматривать как высшие психические функции (ВПФ), обладающие всеми характеристиками: иерархическим строением, прижизненным социальным характером формирования, знаково-символическим опосредованием и произвольностью регуляции»³.

Уровень управления своими эмоциями зависит от уровня их осознания. Нарушение осознания собственных эмоций сопряжено с трудностями их словесного обозначения, невербального выражения. Низкий уровень эмоционального самовыражения сочетается с недостаточным распознаванием эмоций другого человека, низкой эмпатийностью, что является необходимым условием эффективной коммуникации.

Существуют доказательства того, что у человека, постоянно подавляющего вспышки гнева, развиваются различные психосоматические симптомы, поскольку, например, во время гнева и ярости увеличивается содержание кислоты в желудке. Подавленный гнев участвует в развитии, таким образом, язвы желудка. А страх, массивные психические потрясения, депрессивные переживания приводят к гипофункции желудка.

Таким образом, на примере эмоций ярко проявляются психосоматическое единство и взаимодействие, взаимные влияния и

² Шингарев Г.Х. Эмоции и чувства, как форма отражения действительности. – М., 1971. – С. 37.

³ Тхостов А.Ш., Колымба И.Г. эмоции и аффекты: общепсихологический и патопсихологический аспекты // Психологический журнал. - Т. 19. - 1998. - №4. – С. 41-48.

интеграция нервных и гуморальных механизмов. Но помимо изменений в деятельности внутренних органов и систем организма, эмоции можно "прочитать" по лицу человека или его позе. Внешнее обнаружение эмоции имеет две основные формы: 1) самопроизвольные физиологические реакции: поднятие бровей, широкое раскрытие глаз, бледность в случае страха, покраснение в случае стыда; 2) двигательные и речевые реакции: отступление в случае страха, наступление в случае гнева, восклицание от радости, рычание от злости. Это так называемый двигательный компонент эмоции, который проявляется в весьма специфических по форме мимике, жестах, плаче, смехе и т.д. Эти реакции настолько информативны, что рассматриваются как один из каналов коммуникативной функции. Вместе с тем данные проявления в наибольшей степени подвержены произвольному контролю. Для большинства людей не представляет больших трудностей подавить (или, наоборот, имитировать) те или иные двигательные проявления эмоций. Гораздо с большим трудом поддается контролю и коррекции речевой компонент (тембр, громкость, скорость и тем более, смысловая составляющая).

Таким образом, можно сказать, что какой бы ни была эмоция, переживаемая человеком, – мощной или едва выраженной – она всегда вызывает физиологические изменения в его организме, и эти изменения порой столь серьезны, что их невозможно игнорировать. Разум и тело требуют действия. Если же адекватное эмоции поведение по тем или иным причинам невозможно для индивида, ему грозят психосоматические расстройства, особенно если подобные ситуации повторяются регулярно или очень часто.

Помимо лексики, служащей для обозначения собственно эмоций, указание на эмоции содержат слова, обозначающие действия, сопровождаемые определенным эмоциональным состоянием: заглядеться, засмотреться, заслушаться, прикоснуться. Кроме того, есть слова, метафорически обозначающие эмоции: "я похолодел", "мой голос задрожал", "у меня по спине побежали мурашки", "я весь покрылся испариной". Особенно часто эту роль выполняют слова, обозначающие элементы световой или цветовой гаммы: "глаза горят (сверкают, блестят)", "щеки порозовели", "он побагровел (побледнел)".

Переживание эмоции всегда, так или иначе, развернуто во времени и имеет внешние и внутренние причины. Внешняя причина – восприятие или представление некоторого положения вещей. Нас злит то, что мы непосредственно воспринимаем, нас радует не только встреча со знакомым человеком, но и приятное воспоминание, приятное известие. Внутренняя, субъективно обусловленная причина эмоций – интеллектуальная оценка положения дел как вероятного и невероятного, желательного или нежелательного. Ненависть – это неприятное переживание, возникающее при восприятии или представлении объекта или ситуации, которые мы оцениваем как враждебные себе и которые мы настолько хотели бы устранить, что готовы пойти на самые крайние действия, вплоть до физического

уничтожения. Важную роль в возникновении ряда эмоций играет оценка собственной деятельности, активности субъекта. Это также закрепляется лексически: грустить можно по любому поводу, а сокрушаться главным образом по поводу своих собственных не слишком удачных действий.

Движущая сила развития эмоций в онтогенезе, как и в случае с другими ВПФ, – общение со взрослым, в первую очередь с матерью. Подобно тому, как мать наполняет смыслом и обозначает витальные потребности (ты хочешь есть, пить, тебе холодно и т.д.) и телесные функции ребенка, она же опознает и называет (означивает) мимические, двигательные, физиологические признаки состояния ребенка в терминах эмоций – удовольствия, неудовольствия, радости, печали: ты сердисься, радуешься, волнуешься, расстроен и т.д.

В процессе социального научения ребенок учится управлять своими эмоциями, потому что так от него требует поступать общество. Культурно неадекватным является непосредственное выражение своих чувств, даже положительных. В строгом смысле эмоции не полностью подлежат управлению: описание эмоциональных состояний строится в категориях пассивного залога, их "испытывают", чувства "охватывают" человека, хотя в ряде случаев он может "взять себя в руки". Различия в уровне управления, произвольной регуляции образуют спектр соотношения субъектности / объектности: от аффекта, проявления которого непосредственны, неуправляемы и способны подавлять любые психические процессы, и по отношению к которому человек чувствует себя пассивным объектом, до целостной зрелой эмоции, доступной рефлексии и регуляции, субъектом которой человек является. Онтогенетические аффекты отличаются непосредственным характером, а эмоции основаны на принципах знаково-символического опосредствования. Если эмоциями невозможно управлять прямо, то это можно делать опосредствованно – через объект, потребность, знак и пр. Первично субъект неотделим от переживаемого аффекта (Я – чувство), однако в ходе онтогенетической социализации происходит последовательная транспозиция аффективной составляющей: сначала "обособление", "отчуждение" самой эмоциональности посредством ее выделения в качестве объекта (Я испытываю чувство), затем, через формирование орудий управления эмоцией, – в качестве субъекта переживания (Я владею чувствами) и, наконец, на этапе постпроизвольности – новое слияние с чувством, но уже на уровне автоматизированной регуляции (Я чувствую). Расщепление монолитного недифференцированного аффекта (Я – чувство) на субъекта и его чувство, точнее говоря, вычленение чувства в качестве отдельного объекта, а не свойства внешнего мира "Я испытываю страх, удовольствие...", а не "Мир страшен, приятен..." – начальный момент управления этим чувством.

Сомато-вегетативные проявления физиологического состояния – покраснение, побледнение, напряжение, расслабление и пр. – означиваются в категориях эмоциональных переживаний превращаясь в их знак и дополняя натуральное, организмическое значение символическим. Такое "удвоение"

ведет не только к формированию широкого круга дифференцированных эмоций, но и к "перестройке" функций организма (в частности, физиологических проявлений эмоций), которые из естественных и произвольных становятся социальными и управляемыми. Это событие радикально меняет ситуацию: крик ребенка из проявления страха превращается в орудие овладения и управления этим страхом - в призыв о помощи. Слова связываются с изначальным, естественным выражением ощущения и подставляются вместо него.

Т.е. событием, маркирующим новую эпоху в развитии эмоциональности индивида, становится употребление знака, благодаря которому природная эффективность приобретает культурную форму ("выдвижение" знака между переживанием и проявлением определением словом своих чувств и т.д.). Если в структуре аффекта переживание и его проявления выступают слитно (у новорожденного младенца переживание неотделимо от физиологических реакций и выразительных движений), то в "окультуренной" эмоции эти феномены расщеплены.

В контакте со взрослым и под его руководством происходит усвоение форм проявлений эмоций, причем как предписаний, так и запретов в этой области. В этом смысле эмоция ничем не отличается от других ВПФ, проходя через интерпсихический этап к интрапсихическому. Специфика этого пути определяется лишь существованием негативной формы совместной деятельности, характерной также для телесности или сексуальности, разделения со взрослым не только выполнения функции, но и ее запрещения. Примеры такого рода запретов – отказ от прямого выражения своих чувств ("настоящий мужчина не плачет") или имитация социально желательных эмоций ("улыбайся!"). Социализация аффектов в виде усвоения культурных предписаний и запретов – условие, способ и результат развития произвольного управления эмоциями. Путем перевода изначального внешнего диалогического процесса во внутренние механизмы эмоциональной регуляции формируется зрелая эмоция, функция которой - овладение и управление своим поведением. Так эмоция приобретает произвольность, достигаемую не прямо (поскольку для человека невозможно просто не чувствовать"), а опосредствованно, через знаково-символические операции.

Слово матери создает систему координат и ориентиры, "проводя" ребенка через этапы "приручения аффектов" – дифференциацию, называние, обучение выражению, управлению. В.К. Вилюнас пишет: «Непосредственно эмоциональное общение младенца и матери уже на первом полугодии жизни не сводится к двухполюсному обмену эмоциями; в качестве третьего звена в него вклинивается мир предметов, и мать не пропускает случая указать, что в этом мире интересно, хорошо, страшно»⁴. Прижизненными и социальными являются как установление связи "аффект – предмет" ("ты радуешься новой игрушке"), так и обучение отношению к предмету эмоции (объекты, связанные с положительными переживаниями, оцениваются как "хорошие"

⁴ Вилюнас В.К. Психология эмоциональных явлений. – М., 1976. – С. 60.

или "желанные" и наоборот). Одним из первых шагов на этом пути становится способность "оттормозить" непосредственные эмоциональные проявления, задерживая или скрывая свои чувства. Примером может быть вежливость как набор предписаний и ограничений выражения истинных чувств в определенных ситуациях. В качестве знаковых систем, определяющих формирование эмоции, выступают как натуральные явления – жесты, мимика, приобретающие знаковые функции, так и собственно знаковая система – речь. В качестве первичного "инструмента" опосредования эмоции выступает предметная область. Ребенок обучается управлять своими переживаниями через "овладение" их предметами. Подобно тому, как потребность, по словам А.Н. Леонтьева, должна прозреть в результате встречи со своим предметом, аффективное состояние превращается в эмоцию путем установления связи "аффект – предмет". Совершая формально внешние пространственные манипуляции с аффективно окрашенным предметом, ребенок, по сути, получает инструмент для манипуляции своим внутренним состоянием. В дальнейшем элементарное приближение к объектам, вызывающим положительные, и удаление от объектов, вызывающих отрицательные эмоции, заменяется на сложную деятельность знаково-символического овладения и своим поведением, и своими эмоциями, и окружающим миром. Управление эмоциями осуществляется не прямо, а опосредованно, например, через их предметы. Невозможно произвольно – путем самокоманд или самоубеждений – вызвать определенное чувство, но "манипуляции" с предметом эмоции дают возможность так организовать ситуацию, что желаемое чувство появится. Например, мы долгое время находимся в подавленном состоянии, и ничто нас не радует. Но если мы возьмем в руки фотографию, сделанную во время отпуска на море в компании друзей, мы можем вспомнить что-нибудь радостное и веселое во время отдыха, что обязательно поднимет нам настроение.

Обязательная предметность зрелой эмоции вместе с отношением эквивалентности между аффективным чувством и его предметом создаст условия произвольной регуляции эмоций. Эмоции как ВПФ играют новую роль, осуществляя организованное приспособление к ситуации. Связь со своими предметами не означает "подневольности" эмоций, скорее наоборот, она дает им возможность освободиться от диктата непосредственного воздействия. Подобно тому, как произвольное восприятие освобождает человека от власти сенсорного поля, а произвольная память – от власти непосредственного припоминания, произвольность эмоций, достигается с помощью знаково-символического опосредования, позволяет человеку овладевать страстями, вызванными обстоятельствами и/или гормональными изменениями.

Однако произвольность эмоций имеет свои ограничения: в эмоции всегда остается "след" неуправляемого первобытного аффекта в виде необъяснимого чувства, произвольно возникающего и трудно поддающегося регуляции. Именно этот оттенок "натуральности" и

"непосредственности" придает зрелой эмоции качество "подлинности". Чрезмерная опосредованность означает утрату эмоции ("сделанность" чувств, отсутствие искренности), а чрезмерная непосредственность – утрата субъекта ("забыл себя, потерял голову, чувства захлестнули"). Поскольку высшие формы эмоций и системы их регуляции строятся на натуральных основах, продолжающих существовать внутри новых закономерностей в свернутом и подчиненном виде, овладение (управление) возможно не только и не столько на уровне порождения, сколько на уровне проявления эмоций. Невозможно приказать себе "не чувствовать" или "не переживать" определенные эмоции, но возможно так перестроить деятельность, расширив контекст данного события, что эмоции «разрядятся» или изменятся. Итак, центральная характеристика зрелой эмоции – ее произвольный характер. В этом смысле эмоция может быть противопоставлена аффекту: первая произвольна, второй непосредственен (о чем мы уже упоминали).

Формирование сознательной репрезентации эмоций является частным случаем возникновения способности к регуляции различных внутренних процессов. Регистрация и регуляция внутренних процессов происходят на разных уровнях и могут осуществляться как в неосознаваемой, так и в осознаваемой форме. К неосознаваемой форме мы, по аналогии с двумя формами выражения эмоций (внутренняя – соматические изменения и "внешняя" – словесно), отнесем регуляцию на низших уровнях нервной системы и регуляцию на уровне коры. На уровне сознательной ориентации следует различать способность непосредственно чувственной репрезентации явлений (в форме восприятия, воображения) и способность её передачи в определенные исполнительные системы. Т.к. существуют различные исполнительные системы, то один и тот же образ может получить различное выражение.

Но эмоциональные процессы осознаются не полностью и не всегда. Не осознаются, прежде всего, те процессы, которые возникли и сформировались в тот период, когда сознание человека не было ещё достаточно развитым – в раннем детстве. По мере развития сознания создаются всё более адекватные условия для осознания эмоций, что происходит благодаря процессам научения при активном участии других людей и дифференцирования особенностей эмоционального процесса. Также не воспринимаются и не осознаются слабые или недостаточно организованные эмоции или осознание эмоционального процесса может затрудняться действием особых блокирующих механизмов, например: табу или наказания.

Мы уже указывали на то, что важнейшей формой выражения эмоций человека является речь. Слова выполняют двойную функцию: они обозначают и выражают, иначе говоря, имеют предметный и аффективный характер. Выражение эмоций при помощи слов может принять две различные формы. Так, оно может проявиться в эмоциональной окраске речи, а может в виде описания эмоций как таковых. Все это приводит к затруднениям социальных контактов.

Л.Б. Холмогоровой и А.Г. Гаранян обнаружен, интересный экспериментальный результат: соматоморфные больные обычно описывают свое настроение как "нормальное", "хорошее", в то время как проективными методами установлено, что они гораздо чаще здоровых испытывают переживания разной степени разной интенсивности; в трудных или конфликтных жизненных ситуациях они, как правило, упоминают лишь о тяжелых телесных ощущениях. В этом проявляется закон реципрокных отношений между психологическим и физиологическим компонентом эмоций: чем меньше эмоция осознана и переработана на психическом уровне, тем сильнее выражен физиологический компонент в виде различных, неприятных телесных ощущений и вегетативных дисфункций. Из чего следует, что четкий словесный отчет о своих переживаниях, хороший уровень осознания снижает вероятность и интенсивность физических недомоганий, и увеличивает способность к саморегуляции и регуляции взаимоотношений с окружающими, снижает вероятность приписывания решающего значения внешних факторов, для собственного эмоционального и физического самочувствия.

Таким образом, можно сказать, что в процессе развития при общении с миром взрослых и взрослыми в этом мире, ребенок учится "держать при себе" свои чувства, не проявляя их, а иногда даже специальными волевыми усилиями сдерживая их. Во время переживания эмоции в человеке "накапливается" большое количество энергии, требующей выхода, а невозможность проявить их сказывается на соматическом и психическом состоянии человека. Одним из возможным способов выражения эмоций, может быть более приемлемым обществом, является выражение их на словах ("поплакаться в жилетку"), т.к. многочисленные негативные стороны нашей жизни, выплывающие отрицательные эмоции (гнев, агрессию, раздражение и др.) прямо и открыто выражать нельзя.

Преобладание у человека вербального выражения эмоций связано, особым значением членораздельного языка как средства знаковой репрезентации мира.

Нарушения аффективной сферы

Можно выделить ряд параметров функционирования эмоциональных механизмов в норме и патологии. Эти параметры следующие: модальность, интенсивность, скорость возникновения, длительность существования темп чередования, порог чувствительности. При выходе значений параметров за пределы оптимальной зоны возникают определенные нарушения эмоциональной сферы. Эмоциональные нарушения могут иметь место также при несбалансированности эмоциональных процессов и при блокировании (выпадении) отдельных этапов эмоционального процесса.

В норме функционирование эмоциональной сферы характеризуется большим разнообразием эмоциональных откликов на события окружающей среды, достаточно быстрым чередованием эмоций разной модальности. Один

из видов эмоциональных нарушений заключается в смещении спектра эмоционального реагирования в сторону одного из полюсов. В этом случае у человека на протяжении длительного времени доминируют либо эмоции положительной модальности (маниакальное, гипертимное состояние), либо эмоции отрицательной модальности (депрессивное, гипотимное состояние).

Эмоциональная лабильность и слабость относятся к числу нарушений, которые характеризуются патологическими изменениями временных параметров протекания эмоциональных процессов. При лабильности отмечается повышенная легкость возникновения преимущественно отрицательных эмоций, быстрая их смена. Незначительное утомление, сколько-нибудь длительная концентрация внимания вызывают поверхностный и неглубокий гнев, злобность или астенические эмоции: обиду, досаду. О слабодушии или эмоциональной слабости говорят тогда, когда имеет место неустойчивость настроения, резкие его колебания – от эйфории до глубоких расстройств, сопровождаемых слезами. Те и другие оказываются нестойкими и быстро сменяют друг друга: случайное горестное воспоминание тотчас вызывает слезы, а самое поверхностное утешение успокаивает и веселит. В отличие от эмоциональной лабильности при слабодушии эмоции глубоки.

О чувственном оскудении говорят тогда, когда наблюдается ослабление высших чувств, при одновременном усилении и доминировании эмоций, тесно связанных с органическими процессами. В отличие от этого для эмоциональной тупости характерно выпадение не только высших чувств, но и низших эмоций, связанных с инстинктивными потребностями: повышаются пороги болевых ощущений, ослабевает эмоциональная окраска удовлетворения пищевых и сексуальных потребностей. В крайних вариантах - эмоциональная тупость, дефект, содержанием которого является безразличие: что бы ни происходило вокруг, вплоть до прямой опасности для собственной жизни, судьбы близких - все оставляет человека безучастным, не вызывает никаких эмоциональных откликов.

Тхостов А.Ш и Колымба И.Г. считают, что, несмотря на многообразие нарушений аффективной сферы, встречающихся в клинической практике, с феноменологической точки зрения помимо особой "интенсивности" патологических аффектов и необычной направленности, их сущность сводится к двум основным формальным характеристикам – утрате произвольности и нарушению связи с предметным содержанием. Безотносительно к модальности аффекта утрата произвольности выражается в невозможности управления как переживаниями, приобретающими особый "овладевающий" характер, так и проявлениями аффекта, которые становятся неподконтрольны субъекту. Эти овладевающие переживания характеризуются неопределенностью и диффузностью, недостаточно хорошо рефлексированы самим больным, кажутся ему «непонятными» и несвязанными с жизненным контекстом. Даже если они представляются больному следствием каких-либо реальных событий, их масштаб

несоразмерен событию ни по интенсивности переживания, ни по его продолжительности.

Таким образом, филогенетический аффект – продукт биологического развития, приведшего к дифференциации изначально единого отражения на когнитивные и аффективные процессы (А.Н. Леонтьев), а эмоция – результат дальнейшего культурного развития аффективных процессов. Однако связь эмоции с предметом не исчерпывается модальностью его аффективной окраски: чем более развита эмоция, тем более сложны и опосредованным, отношения между ними.

Если для аффекта характерны либо "незнание" своего предмета, либо однозначная связь с ним, то в процессе социализации эта связь имеет; непосредственный характер, начиная определяться индивидуальными особенностями смысловой сферы и опыта или культурными нормативными правилами. Это отношение может обладать подвижностью и возможностями трансформации в результате эмоционального переключения. Такого рода связь это скорее не тождество, когда определенный объект однозначно связан с конкретным аффективным чувством, (что характерно для произвольных аффектов), а эквивалентность.

Поскольку предметность эмоции – основа формирования произвольности (предмет есть одно из "орудий" опосредования), эти нарушения, взаимосвязаны. Так, утрата произвольности, феноменологически отражающаяся в "овладевающим" характере переживаний при аффективных или тревожных расстройствах, невозможности затормозить, скрыть и подавить их проявления, представляет собой внешнюю форму расстройств эмоциональной сферы, тогда как ее скрытый психологический механизм заключается в нарушении связи с предметом. Нарушая целостность нормального феномена, патология предъясвляет нам своеобразный – «естественный эксперимент», обнажая скрытые в норме закономерности. Искажение связи эмоции с ее предметом при аффективных и тревожных расстройствах обнаруживается в двух крайних вариантах – «беспредметных» или "чрезмерно предметных" эмоциональных явлениях. В первом случае утрата произвольности определяется отсутствием адекватного средства управления, т.е. в первую очередь предмета эмоции, а во втором – недостатком средств управления, поскольку интенсивность эмоции по отношению к этому предмету или жесткость связи неизменно превышают возможности управления. Феноменологические нарушения произвольности проявляются в навязчивом овладевающим" характере патологических переживаний, структурном нарушении связи "предмет – аффект".

Эмоции как наиболее древняя и первичная форма отражения обнаруживает специфичность по сравнению с другими ВПФ. Эта специфичность выражается в том, что эмоции связаны со сферой потребностей и желаний». Глубокая связь эмоций с потребностной сферой находит выражение в самых простых случаях утраты произвольности. Эмоции, связанные с актуализацией или удовлетворением жизненно важных, первоочередных потребностей человека, проявляющиеся, например, в

особых экстремальных ситуациях, перестают подчиняться сознательному управлению. Подобные ситуации возникают при длительной депривации потребности (например, при вынужденном голодании) сверхценным отношением к предмету эмоции (в отношении того, что слишком важно, возможности управления явно снижены). Яркий пример этого, актуализация в условиях смертельно опасной болезни мотива "сохранения жизни", приводящая к перестройке и резкому сужению мотивации человека. Эмоции в этих ситуациях служат экстренными сигналами о пользе или вреде для человека данных событий, и поскольку витальные потребности; (самосохранение, продолжение рода и пр.) перевешивают на весах, адекватных средств управления такими «аварийными» эмоциями не обнаруживается. Помимо плохо управляемых эмоциональных явлений, связанных с витальными филогенетически детерминированными потребностями могут существовать онтогенетически сформированные "особые" отношения с объектом переживания по поводу чрезмерно значимого объекта в клинической традиции относятся к категории "сверхценностей" и связываются с невротическими или личностными расстройствами. Такие сверхценные образования характеризуются развитой, хотя и не всегда адекватной рефлексией, содержательностью, предметностью, относительно сохранной критичностью. Причины особого, сверхценного отношения к объекту эмоции связаны с историей жизни данного конкретного пациента, а кажущаяся нелепость при относительной критичности пациента к неадекватному выражению своих чувств при невозможности справиться с ними, часто базируется на неосознаваемом характере связи с объектом.

Таким образом, существует как минимум два варианта нарушения связи эмоции с ее предметом и соответственно два варианта нарушения произвольной регуляции, превращающие эмоцию в аффект. Первый вариант соответствует эндогенным аффективным расстройствам, при которых аффект еще не стал эмоцией, а предметная отнесенность носит автономный характер. Второй соответствует личностной патологии, психогенным и невротическим расстройствам, при которых аффективная составляющая уже не эмоция, поскольку избыточно жестко связана с предметом.

Некоторые авторы к числу особых нарушений эмоциональной сферы относят алекситимию, когда наблюдается трудность вербализации высших чувств, неспособность на эмоциональную коммуникацию.

2.4 Теория алекситимии

*Холодной буквой трудно объяснить
Боренье ум. Нет звуков у людей
Довольно сильных, чтоб изобразить
Желание блаженства.
Пыл страстей возвышенных я чувствую,
Но слов не нахожу и в этот миг готов*

*Пожертвовать собой, чтоб как-нибудь
Хоть тень их перелить в другую грудь.*

М.Ю. Лермонтов

Алекситимия (от греч. а — частица отрицания, lexis — речь, слово, thymos — настроение, чувство) — это неспособность к осознанию, выражению и описанию собственных чувств, душевного состояния. Было подмечено, что больные психосоматическими расстройствами имеют трудности в выражении своих чувств. Подобный феномен был описан в 1967 г. Р. Е. Зифнеосом (R. Sifneos). Термином «алекситимия» он охарактеризовал некоторые расстройства у больных психосоматических клиник, наблюдающиеся в познавательно-эмоциональной сфере. Описание симптомов алекситимии, согласно Зифнеосу, выглядит следующим образом: содержание мыслей характеризуется отсутствием фантазий; внутренние ощущения описываются преимущественно в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т.д.; аффекты неадекватны; ярко выражены трудности в вербализации чувств; присутствует тенденция к импульсивности; межличностные связи обычно бедны; больные предпочитают одиночество, часто избегают людей; беседа с таким пациентом, как правило, сопровождается ощущением скуки и бессмысленности контакта [Sifneos P., 1972].

Все разнообразие алекситимических черт можно объединить в несколько групп. Традиционно выделяют расстройства аффективных, когнитивных функций, само- и миропредставления.

По мнению В. В. Николаевой, *для лиц с алекситимией характерно особое сочетание эмоциональных, когнитивных и личностных проявлений. Так, эмоциональная сфера* этих пациентов отличается слабой дифференцированностью; они обнаруживают неспособность к распознаванию и точному описанию собственного эмоционального состояния и эмоционального состояния других людей. *Когнитивная сфера*

таких больных отличается недостаточностью воображения, преобладанием наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим, слабостью функций символизации и категоризации в мышлении. *Личностный профиль* характеризуется некоторой примитивностью жизненной направленности, инфантильностью и, что особенно существенно, недостаточностью функции рефлексии. Совокупность перечисленных качеств приводит к чрезмерному прагматизму, невозможности целостного представления собственной жизни, дефициту творческого отношения к ней, а также к трудностям и конфликтам в межличностных отношениях¹. Выражается это в следующих особенностях:

- бедность языка в самоописаниях и общении;
- малая представленность в настоящем событий прошлого;
- невозможность адекватного прогноза собственной деятельности;
- недостаточная инициатива и активность в поиске средств;
- неустойчивость и недифференцированность самооценки, в ряде случаев полная проекция оценок окружающих в структуре самооценки больного;
- неустойчивость и неадекватность целеполагания при исследовании уровня притязаний;
- неопределенность или полное отсутствие перспективы будущего.

¹ См.: Николаева В. В. О психологической природе алекситимии // Телесность человека. Междисциплинарные исследования : сб.статей / отв.ред. В.В. Николаева, П.Д. Тищенко. М., 1990. С. 80-89.

Социальными детерминантами алекситимии считаются характер взаимоотношений в родительской семье, запрет в ней на эмоциональное реагирование, алкоголизация одного из родителей и т.п.

Таким образом, переживания эмоционального неблагополучия на физиологическом уровне являются привычной для человека невротической формой адаптации, обусловленной как врожденными предпосылками, так и

приобретенными в процессе жизни человека паттернами эмоционального, когнитивного, поведенческого способа реагирования на внешние обстоятельства.

По мнению исследователей, *алекситимия характеризуется четырьмя типичными признаками и разной степенью их выраженности в каждом отдельном случае*. Такими признаками являются¹:

- 1) своеобразная ограниченность способности фантазировать;
- 2) типичная неспособность выражать переживаемые чувства;
- 3) неприспособленность психосоматических пациентов к «товарищеским» отношениям. Их связи с конкретным партнером характеризуются своеобразной пустотой отношений и остаются на уровне конкретного "предметного" использования объектов;
- 4) неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса. По мнению авторов, происходит тотальное идентифицирование с объектом; психосоматический больной существует с помощью и благодаря наличию другого человека ("ключевой фигуры").

¹ Подробнее см.: *Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина : краткий учебник / пер. с нем. М., 1999.

Концепции алекситимии. Существует ряд *нейрофизиологических гипотез* относительно природы алекситимии. Согласно им механизм данного расстройства психики связан:

а) с нарушениями в области палеостриального тракта, в результате чего происходит подавление импульсов, идущих от лимбической системы к коре головного мозга, и как следствие - неспособность осознавать и вербализировать эмоции;

б) с нарушением взаимодействия левого и правого полушарий, в

результате чего левое полушарие не распознает эмоциональных переживаний, возникающих в правом полушарии;

в) с дефектом мозолистого тела, билатеральной или аномальной локализацией центра речи в правом полушарии (в норме слуховой и двигательный центры речи располагаются в левом полушарии, обеспечивая восприятие устной и формирование устной и письменной речи).

Социологические концепции алекситимии. Среди социальных факторов, влияющих на формирование алекситимии, указываются прежде всего низкий социальный статус, невысокий уровень образования и словесной культуры. Особенности коммуникативного стиля, провал функции коммуникации эмоции (именно так понимают многие исследователи суть алекситимии) необходимо рассматривать в контексте соответствующей культуры. Например, немногословность и сдерживание эмоций, будучи нормой для некоторых культур, для других таковыми не являются. Однако это не служит основанием для рассмотрения подобного коммуникативного стиля как болезненного или дефектного. При сравнении средних показателей, характеризующих уровень алекситимии у здоровых жителей разных стран, было установлено, что носители китайского языка продемонстрировали более высокий средний балл алекситимии по сравнению с европейским населением. Такого рода различия обоснованно объясняются особенностями культуры разных народов. В литературе рассматриваются вопросы предрасположенности к развитию алекситимии в зависимости от половых, возрастных особенностей, образования, рода занятий и уровня социальной культуры. В частности, отмечено, что алекситимия чаще встречается среди мужского населения с низким социальным статусом и доходом, а также невысоким уровнем образования.

Психоаналитические концепции алекситимии. В рамках психоанализа существует несколько направлений, объясняющих возникновение алекситимии.

1. Многие работы основаны на представлении об алекситимии как

защите от невыносимых аффектов. При этом следует учитывать, что для алекситимичных личностей характерен так называемый "незрелый" тип защиты, особенно от сверхсильных аффектов.

2. К алекситимии относят состояние глобального торможения аффектов, или «оцепенение», наступающее в результате тяжелой психологической травмы (модель отрицания); симптом дефицита развития - неспецифическое расстройство в переживании и прохождении эмоций; досимволический стиль психики, свойственный людям с менее организованной психической структурой.

3. Согласно психоаналитической концепции алекситимии отличаются от невротиков уровнем психической организации. Ограниченность осознания эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к фокусированию на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и его усилению.

Алекситимия и теория саморегуляции. Понятие саморегуляции носит междисциплинарный характер. При этом отечественными психологами выделяются следующие уровни саморегуляции: а) *уровень психической саморегуляции*, который способствует поддержанию оптимальной психической активности, необходимой для деятельности человека; б) *операционально-технический уровень саморегуляции*, обеспечивающий сознательную организацию и коррекцию действий субъекта; в) *личностно-мотивационный уровень саморегуляции*, который обеспечивает осознание мотивов собственной деятельности, управление мотивационно-потребностной сферой; создает возможность быть хозяином, творцом собственной жизни¹. Саморегуляция в этом понимании есть особая деятельность, "внутренняя работа" или "внутреннее движение душевных сил", направленное на связывание систем личностных смыслов.

¹ Подробнее см.: Николаева В.В. Указ. соч. С. 80-89.

Мотивационно-личностный уровень саморегуляции – это процесс, опосредованный социальными нормами и ценностями, а также системой внутренних требований, особой «жизненной философией», превращающими человека в активного субъекта жизнедеятельности. Л. С. Выготский связывал специфический человеческий способ регуляции с созданием и употреблением знаковых психологических орудий и видел его в явлении овладения собственным поведением. Знаки понимались им как искусственные стимулы-средства, сознательно вводимые в психологическую ситуацию и выполняющие функцию автостимуляции. С. Л. Рубинштейн связывал высший уровень саморегуляции с появлением мировоззренческих чувств, т.е. осознанным ценностным отношением человека к миру, другим людям, самому себе. Концепция А. Н. Леонтьева положила начало исследованию *связной системы личностных смыслов*, межмотивационных отношений, характеризующих строение личности.

Смысловые образования рассматриваются как целостная динамическая система, отражающая взаимоотношения внутри пучка мотивов, реализующих то или иное отношение к миру. Регулирующая роль смысловых образований выявляется при осознании и принятии их в качестве ценностей. Ф. Е. Василюк, подчеркивая регулируемую роль смысловых образований, выделяет особую деятельность по производству смысла в критических ситуациях невозможности реализации внутренних потребностей своей жизни. Эта особая деятельность (переживание), возникнув в критических жизненных ситуациях, может стать, по мнению автора, самостоятельным функциональным органом, т.е. одним из привычных средств решения жизненных проблем, и пускаться субъектом в ход даже при отсутствии ситуации невозможности. Таким образом, *переживание как особая деятельность смыслопорождения* может выполнять регулируемую функцию и в ситуациях обыденной жизни¹.

¹ См.: Василюк Ф. Е. Психология переживания. М., 1984.

В литературе можно найти удачную попытку дифференциации этого рода саморегуляции и волевого поведения¹. Последнее не ориентировано на гармонизацию мотивационной сферы, а лишь на устранение конфликта. Эффективная саморегуляция обеспечивает достижение гармонии в сфере побуждений. В качестве механизмов личностно-мотивационного уровня саморегуляции рассматривается рефлексия и смысловое связывание. Рефлексия обеспечивает человеку возможность взгляда на себя со стороны. Она направлена на осознание смысла собственной жизни и деятельности и позволяет человеку охватить их в широкой временной перспективе, в соотношении настоящего с прошлым и будущим, создавая тем самым целостность, непрерывность жизни и позволяя субъекту сохранить или восстановить внутреннюю гармонию, необходимым образом перестроить свой внутренний мир и не оказаться всецело во власти ситуации. Являясь частным механизмом личностно-мотивационного (смыслового) уровня саморегуляции, рефлексия представляет собой мощный источник устойчивости, свободы и саморазвития личности. В этом заключается ее принципиальное отличие от неосознаваемых форм смысловой регуляции (психологических защит), функционирующих на уровне усвоенных психических автоматов.

¹ См.: Зейгарник Б. В., Холмогорова А. Б., Мазур Е. С. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психологический журнал. 1989. Т. 10. № 2. С. 122-132.

Таким образом, можно отметить, что саморегуляция представляет собой особую форму внутренней активности. Она может быть рассмотрена как особая деятельность, мотивы и цели которой заключены в сохранении внутренней гармонии, самоидентичности, обеспечивающих успешность

самоактуализации. Частные цели подобной деятельности могут быть ситуационно обусловлены, но и их содержание в контексте этой деятельности всегда составляют прижизненно сформированные осознанные человеческие ценности, правила, сложившаяся система внутренних требований. Характер этих требований отражается в содержании и структуре самооценки и уровня притязаний (в частности соотношении реальной и идеальной самооценки).

В основе саморегуляции как особой деятельности, имеющей свою направленность, цели, средства и т.п., лежит потребность в саморазвитии, самостроительстве, самоактуализации, духовном росте. Можно предположить также, что такая потребность находит свой «предмет» в специфически человеческой системе культурных ценностей - этических и эстетических. Отсутствие или дефицитность ценностного опосредования являются одной из психологических причин возникновения ипохондрического развития личности. Неустойчивость или узость мотивационной иерархии, несформированность потребности в саморегуляции, недостаточность в звене ценностного опосредования, неувоенные в процессе онтогенетического развития средства рефлексии составляют предпосылки для возникновения алекситимии.

Отсутствие или недостаточная сформированность деятельности саморегуляции, дающей возможность произвольного управления собственными побуждениями, усиливают директивность актуальных потребностей субъекта и связанных с неуспехом в их реализации эмоций, способствует фиксации отрицательного эмоционального состояния. Это стабилизирует и хронизирует эмоцию (т.е. делает ее постоянно действующей), упрочивает сопровождающие ее телесные сдвиги, иначе говоря, служит источником возникновения стойких соматических изменений в организме. Невозможность осуществления эффективной саморегуляции может способствовать актуализации упрочившихся в прошлом опыте субъекта защитных механизмов, включение которых усиливает блокировку

произвольных механизмов саморегуляции. Таким образом, создается замкнутый круг: неуспех в реализации актуальной деятельности → отрицательная эмоция → защитные автоматы → хронизация эмоции → соматические сдвиги в организме → усиление эмоции → упрочение соматических проявлений. Вероятность формирования подобного порочного круга повышается в критически жизненных ситуациях, требующих от пациента повышенной активности в области саморегуляции.

В исследованиях В. В. Николаевой, Т. Т. Горячевой, О. Н. Трофимчук было показано, что одним из психологическим механизмов алекситимии является недостаточность, несформированность особого функционального органа деятельности саморегуляции, обеспечивающей активное творческое отношение к собственной жизни¹.

¹ См.: Николаева В.В. Указ. соч. С. 90-91.

Алекситимия и раннее развитие поисковой активности. Большинство работ, проведенных в рамках изучения алекситимии, посвящено описанию и уточнению специфических алекситимических черт, а также связи выраженности указанных черт с эффективностью разных методов психотерапии. Вместе с тем есть основания полагать, что экспериментальные данные, полученные в этих работах, могут быть сопряжены с результатами экспериментов, проведенных в русле **концепции обученной беспомощности**. Определяя обученную беспомощность как *ощущение отсутствия сопряженности результата и действия в деятельности, направленной на достижение цели*, М. Селигман и его коллеги большое внимание уделяют особенностям атрибутивного стиля как фактора, связанного со степенью генерализации обученной беспомощности. Генерализованная во времени и пространстве, стабильная обученная беспомощность рассматривается как патогенный фактор в развитии

заболеваний.

Было показано, что люди, характеризующиеся экстернальным локусом контроля, значительно более устойчивы к беспомощности и риск возникновения генерализованной беспомощности у них значительно меньше, чем у лиц с интернальным локусом контроля. По всей видимости, это объясняется тем обстоятельством, что экстернальный локус связан с отнесением собственных неудач за счет внешних факторов, в то время как приписывание вины за неудачи себе, характеризующее доминирование интернального локуса контроля, является неременным условием становление генерализованной беспомощности. Наряду с этим, исследования Дж. Гилларда выявили значительную связь между преобладанием экстернального локуса и доминированием левого полушария. Исходя из этих данных, можно было бы предполагать, что скорость формирования беспомощности у человека негативно связана с выраженностью функций, обеспечивающихся левым полушарием. Также есть данные, свидетельствующие о наличии тесной положительной связи между экстернальным локусом контроля и выраженностью тревоги. Таким образом, складывается ситуация, при которой экстернальный локус контроля, с одной стороны, ограничивает генерализацию обученной беспомощности, поскольку обуславливает приписывание неудач внешним обстоятельствам, а не субъекту, а с другой стороны, должен способствовать ее формированию, так как сопряжен с выраженностью тревоги, в то время как последняя опосредует научение беспомощности.

Но в описанной ситуации необходимо учитывать целый ряд обстоятельств. Во-первых, в большинстве исследований не проводится дифференциации между продуктивной и непродуктивной тревогой (продуктивная тревога не является фактором, обуславливающим развитие беспомощности). Во-вторых, важно, что доминирование левого полушария при решении определенных задач само по себе не свидетельствует о функциональной недостаточности правого полушария, с которым связывают

функционирование механизмов защищающих от интрапсихических конфликтов, вызывающих непродуктивную тревогу. Наконец, в-третьих, обученная беспомощность в ее экспериментальном варианте развивается вследствие внешних по отношению к самому субъекту событий, а не вследствие особенностей внутреннего мира человека. Однако нельзя исключить, что негативное эмоциональное состояние, возникающее в ситуации обученной беспомощности, в конечном счете не начнет определять эти особенности¹.

¹ Подробнее см.: Коростелева И. С., Ротенберг В. С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств // Телесность человека. Междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 142-150.

Тесно связанная с представлениями М. Селигмана и его коллег, **концепция поисковой активности** позволяет более объемно представить проблему, связанную с влиянием и обученной беспомощности, и алекситимии на возникновение психосоматической патологии. Под поисковой понимается активность, направленная на изменение внешнего или внутреннего плана ситуации определенного прогноза результатов деятельности в ней, при постоянном их учете. Поисковая активность является общим, неспецифическим фактором, влияющим на резистентность организма к вредным воздействиям внешней среды. Однако если в силу каких-либо причин изменение внешнего или внутреннего плана неприемлемой ситуации невозможно и фрустрированная поисковая активность не может компенсироваться в другой сфере деятельности, не связанной с зоной фрустрации, вполне возможно развитие *состояния отказа от поиска*. Это состояние является полярной характеристикой по отношению к поисковой активности и обуславливает снижение устойчивости организма к разного рода вредным воздействиям. Пути формирования отказа от поиска могут быть различны, однако состояние, к которому они приводят,

характеризуется тем, что неудачи деятельности (реальные или существующие в сознании) начинают приобретать для человека бóльшую эмоциональную значимость и личностный смысл, чем достижение цели. Таким образом, очевидно, можно говорить о деформации мотивационной сферы личности и искажении структуры личностных смыслов, определяющих взаимоотношения человека с окружающей действительностью.

Как в работах, посвященных изучению влияния обученной беспомощности на патогенез соматических заболеваний, так и в работах, выполненных в рамках концепции поисковой активности, большое значение придается способности построения человеком адекватного ситуации *прогноза результатов деятельности* в ней. Предполагается, что между нарушением способности к построению адекватного прогноза и развитием состояния отказа от поиска существует кольцевая зависимость, и усиление «звучания» одного из рассматриваемых факторов приводит к усилению «звучания» другого¹.

¹ См.: *Ротенберг В. С., Аршавский В. В.* Поисковая активность и адаптация. М. : Наука, 1984.

Итак, и концепция алекситимии, и концепция поисковой активности в качестве основного фактора, провоцирующего развитие психосоматических заболеваний, указывают на *рассогласование функций полушарий мозга за счет нарушения функционирования правого полушария*. В концепцию обученной беспомощности этот фактор также входит, учитывая роль *межполушарных отношений в направленности локуса контроля, во многом определяющего степень генерализации обученной беспомощности*.

В процессе своего развития ребенок обучается не только дифференциации своих эмоций, но и процессу их символизации. Оба эти процесса происходят только во взаимодействии со взрослым, в частности с матерью. Если обратиться к концепции поискового поведения, то мы увидим,

что нарушения данного процесса во многом связаны с ранним периодом развития ребенка. Скорее всего это происходит, потому что каждый индивид на раннем этапе своего развития, в младенчестве, получает неизбежный опыт пассивного, зависимого поведения; его собственные физиологические и психологические возможности для поискового поведения еще не сформировались: они формируются постепенно и при активной поддержке родителей. Если же эта стимулирующая поддержка, позволяющая преодолеть исходный страх перед поиском, выражена недостаточно, то пассивная позиция закрепляется и в будущем при каждой очередной сложности способствует поведению отказа, капитуляции.

В. В. Николаева проводила исследование факторов формирования алекситимии у взрослых лиц, перенесших в возрасте до трех лет операцию по поводу врожденного порока сердца. Оказалось, что все формирование психики этих больных протекало в особых дефицитарных условиях, вызванных, помимо прочего, и особым отношением близких к ним. К этим «особым отношениям» автор относит следующие: а) фиксация внимания семьи на болезни ребенка, включение болезни в социальную ситуацию развития в качестве ее главного звена; б) директивное навязывание ребенку определенного "инвалидного" образа жизни; в) неспособность собственного активного вмешательства ребенка в обстоятельства своей же жизни. Функция организатора деятельности этих больных и функция контролера выполнялась близким взрослым. Он же строил всю программу будущей жизни больного. Неразрывная симбиотическая связь со взрослым (матерью) служила препятствием к формированию собственных целей, намерений, ориентации на независимую взрослую жизнь. Следствием этого явились формирование неустойчивой и ограниченной по содержанию жизненной направленности, задержка в усвоении приемов произвольного опосредования, неразвитости рефлексии. Другой аспект воспитания людей с алекситимией заключается в том, что обычно их родители, привыкшие не только контролировать, но и систематически подавлять проявление

собственных эмоций, переносят эту привычку на отношения с собственными детьми, чем наносят вред их здоровью.

Типы алекситимии. Более поздние исследования выделяют два типа алекситимии: первичный и вторичный. *Первичная алекситимия* – это неразвившаяся способность к осознанию и выражению чувств, так называемая преморбидная особенность личности. *Вторичная алекситимия* – это следствие изменения взаимоотношений со средой под влиянием уже имеющегося заболевания, она развивается в результате доминирования в процессе развития защитных механизмов (избегание, отрицание, изоляция, аффект). Основным критерием дифференциации первичной алекситимии от вторичной может служить откликаемость больных на динамическую психотерапию: больные с первичной алекситимией не только не чувствительны к ней, но и могут дать ухудшение соматического состояния после психотерапевтического воздействия.

Мы уже указывали на тот факт, что алекситимия может быть рассмотрена в качестве одного из пусковых механизмов возникновения психосоматических заболеваний. Достоверно известно, что алекситимия встречается с особенно высокой частотой у лиц, имеющих избыточную массу тела, причем в этих случаях она сочетается с депрессией. У пациентов с диагнозом ишемической болезни сердца алекситимия встречается в 31-49% случаев, в 55,3% - у больных первичной артериальной гипертензией, бронхиальной астмой, больных гастроэнтерологического круга, онкологических больных, людей, страдающих почечной недостаточностью, ревматоидным артритом, маскированной депрессией и сексуальными нарушениями. Черты алекситимии свойственны наркоманам, алкоголикам, больным СПИДом и здоровым людям. Что касается последних, то вопрос о вербализации своих эмоций с каждым десятилетием становится все актуальнее. Технократическое развитие мира, запрограммированная жизнь оставляют мало места для живого общения между людьми.

2.5. Теоретические исследования механизмов формирования психогенных расстройств в отечественной психологии

Даже болеть приятно, когда знаешь, что есть люди, которые ждут твоего выздоровления, как праздника.

Чехов А.П.

Теоретические исследования механизмов формирования психогенных расстройств, традиционно проводилась в рамках двух принципиально различных парадигм, основные положения которых были сформулированы еще в период античной медицины. Согласно первой из них - *психоцентрической* - причинно-следственные соотношения направлены от «психической» составляющей заболевания к «соматической». Соответственно постулируется первичность психических процессов при формировании соматических расстройств. Противоположные соотношения - причинно-следственная направленность от "соматической" составляющей заболевания к "психической" - характерны для второй, *соматоцентрической* парадигмы, при этом приоритетная роль в формировании психосоматических расстройств отводится соматическим процессам.

Анализ методологических подходов показывает перспективность *системного построения психосоматического исследования* в силу особенностей самого объекта, включающего систему смысловых образований (сознания телесности, функциональных систем мозга, нервно-физиологических механизмов эмоций и систему социально-психологической адаптации). Наиболее полно это выражается в *объединении социального, психологического и клинического направлений*. Такой подход является традиционным в отечественных работах и вместе с тем требует нахождения общей парадигмы и общего научного языка.

Ю. А. Александровский вводит понятие *барьера психической*

адаптации, где как бы сосредоточиваются все потенциальные возможности адекватной и целенаправленной психической деятельности. Барьер психической адаптации «динамичен под влиянием биологических и социальных факторов, он, образно говоря, постоянно разрушается и создается»¹.

¹ Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М. : Наука, 1976. С. 272.

Изучение объективных и субъективных условий формирования изменений личности, складывающихся в ходе соматического заболевания, предполагает анализ всей совокупности условий развития личности, той объективной социальной ситуации развития, в которую ставит человека хроническое соматическое заболевание. Постоянный процесс адаптации человека к условиям социальной среды является творческим, поскольку конструирует некую новую реальность, как объективную, так и субъективную. Болезнь можно представить как сложную многопричинную систему взаимодействующих факторов.

Основной компонент ситуации болезни (болезнь и ее социальные последствия) – это *объективные условия* психологической деятельности больного, психологическая «цена» болезни, т.е. степень утраты прежних возможностей личности. *Субъективный компонент* ситуации болезни характеризуется степенью активности самой личности больного, ее направленности, механизмами саморегуляции прежде всего ее мотивационно-потребностного уровня. При определении той или иной ситуации болезни необходимо учитывать тяжесть заболевания, состояние моральной и материальной поддержки близких, степень профессиональных ограничений, вызванных болезнью, и степень ограничения круга общения больного. Оценка тяжести этих влияний лежит в основе классификации ситуаций болезни.

Первая, или *начальная*, ситуация болезни характеризуется

минимальным, часто преходящим влиянием вызывающих ее патофизиологических и социальных факторов и означает практически полное сохранение возможностей реализации основных мотивов личности больного.

Вторая, или промежуточная, ситуация болезни вызвана уже значительным и постоянным влиянием болезни, в том числе ее социальных последствий. Однако здесь еще возможна компенсация вызывающих болезнь факторов: ликвидация обострения, уменьшение тяжести заболевания в ходе лечения, устранение социальных трудностей. Ситуация в целом характеризуется тем, что в разной степени затрудняет реализацию основных мотивов личности больного.

Третья (конечная) ситуация характеризуется крайней выраженностью влияний болезни и ее социальных последствий, существенная компенсация которых уже невозможна. Тяжелое течение заболевания, длительное пребывание в стационаре, инвалидность, разрыв семейных связей и отсутствие поддержки близких - все это, как правило, делает невозможной реализацию прежде значимых мотивов.

Приведенная классификация учитывает наиболее общие для большинства здоровых людей стороны их психической деятельности и социальной адаптации и наиболее значимые параметры ее изменений (норма, существенное ухудшение, слом). Принцип классификации и смысл, вкладываемый в понятие ситуации болезни, неспецифичны и, по-видимому, имеют универсальное значение в рамках соматической патологии.

Объективные факторы болезни, создавая ту или иную ситуацию, при всем их значении не всегда определяют характер изменения личности больного. Влияние, оказываемое этими факторами в целом, опосредовано прежде всего через значимость для личности тех или иных форм реализации ее мотивов, ограниченных или ставших невозможными в связи с болезнью. Вместе с тем и сама личность претерпевает изменения под влиянием болезни. Последовательность таких изменений следующая:

- при первой ситуации болезнь еще не ставит перед ведущей

деятельностью больных сколько-нибудь значительных препятствий и не «испытывает на прочность» сложившуюся иерархию мотивов. Возникновение повышенной ориентированности больных на болезнь возможно, по-видимому, лишь под влиянием преморбидно сконцентрированной на своем здоровье личности;

- при второй ситуации болезнь представляет уже достаточную угрозу для прежних форм реализации мотивов; отношение больных к болезни становится более закономерным, а у некоторых начинает играть существенную роль, особенно у больных с уплощенной структурой личности или у больных с узкой направленностью мотивационной системы, когда ведущий мотив становится недостижимым в результате болезни. В противном случае такая перестройка может и не произойти. Более того, активная позиция личности может уменьшить степень социальных ограничений, т.е. изменить ситуацию болезни;
- при третьей ситуации ограничения, накладываемые болезнью, уже настолько значительны, что почти не оставляют возможности для реализации прежних мотивов. В третьей ситуации наиболее возможно поражение прежней личности и ее перестройка.

Практически все исследователи придерживаются представления о том, что центральным вопросом теории психосоматических соотношений является определение места, которое занимают психосоматические взаимоотношения в патогенетических механизмах заболевания. Так, В. В. Николаева выделяет два больших аспекта рассмотрения этой проблемы¹:

- 1) влияние психических факторов на соматическую сферу человека (сюда относятся мотивационная структура личности, мотивационный личностный уровень саморегуляции, алекситимичный тип личности);

2) влияние соматических факторов на психику человека (через воздействия на центральную нервную систему непосредственно патологического процесса, а также опосредованно через внутреннюю картину болезни).

¹ См.: Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987. С. 34.

Исследователи выделяют ряд *вариантов развития психосоматических заболеваний*¹:

1) *ситуационный (первично-психогенный) вариант*, при котором на первом плане среди разнообразных этиологических факторов находятся длительно воздействующие психологически неблагоприятные условия, столь длительные и интенсивные, что даже развитые защитные и компенсаторные возможности, как на биологическом, так и на психологическом уровне, не ограждают от формирования соматических расстройств;

2) *личностный вариант*, при котором личность (акцентуированная, т. е. невротизированная или психопатологизированная) обуславливает затяжной, гипертрофированный и извращенный тип психического реагирования, становление хронизированного эмоционального напряжения;

3) *церебральный вариант*, при котором отмечаются органические нарушения церебральной нервной системы, связанные с расстройством регуляторных механизмов эмоциональных переживаний. Органическая патология обуславливает характерные так называемые *органические особенности аффекта* - застойность, ригидность, вязкость, инертность эмоциональных процессов с фиксированностью эмоционально-негативных переживаний, склонностью к «саморазвитию» аффекта, когда его «обрастание» разнообразными переживаниями происходит уже независимо от внешних воздействующих раздражителей. Формирование соматического заболевания может быть связано в этом случае с чрезмерной силой и

длительностью аффективного реагирования, обусловленного структурой самого аффекта при органическом поражении головного мозга;

4) *соматический (биологический) вариант*, о котором говорят при наличии генетических соматических предпосылок, обуславливающих развитие грубой органической патологии при наличии психологически благоприятной, комфортной ситуации и гармоничной личностной структуры. Как правило, в этих условиях заболевание формируется по механизмам, понять которые с одной лишь психологической точки зрения невозможно.

¹ См.: Губачев Ю. М., Стабровский Б. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л., 1981. С. 216.

В литературе также уделяется большое место *социальным и культурно-историческим предпосылкам формирования психосоматических расстройств.*

Традиция системного подхода реализуется и в *концепции онтогенетической психосоматической медицины*¹, в которой используется многоуровневый подход, включающий в себя: а) *психологический подход* – изучение преобладающих особенностей личности, способов психологической защиты, отношения к болезни; б) *социальный подход* – изучение профессионального статуса, семейных отношений и др.; в) *биологический подход* – изучение наследственности, соматического и нейрогуморального статуса; г) *синдромологический подход* – выделение и изучение ведущих симптомов социально-психологической дезадаптации.

¹ См.: Ананьев В. А. Особенности этнопатогенеза и психотерапии психосоматических расстройств // Практические аспекты формирования здорового образа жизни. Энгельс, 2003.

Таким образом, психосоматические механизмы формирования хронических соматических заболеваний непосредственно связаны с

проблемами адаптации и требуют системного подхода при решении вопросов диагностики и коррекции. Психодинамические подходы значительно дополнены в настоящее время отечественной психологией, и прежде всего за счет системного подхода, объединяющего разноуровневые процессы в социопсихосоматическое единство.

Изменения личности и познавательной деятельности при хронических заболеваниях. Астения

Понятие и структура внутренней картины болезни. Первые попытки выделения субъективной картины соматического заболевания были предприняты в 1929 г. Немецкий врач А. Гольдшейдер предложил термин «*аутопластическая картина болезни*» для обозначения субъективной стороны заболевания или ее психического компонента. Впоследствии Р.А. Лурия, опираясь на идеи, высказанные Гольдшейдером, сформулировал свою концепцию внутренней картины болезни и определил ее как «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений... его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах... — весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» (1939).

В аутопластической картине болезни различают *сенситивную* (совокупность ощущений, связанных с патологическим процессом) и *интеллектуальную* (размышления больного о своей болезни) части. С самого начала и до настоящего времени предполагалось, что сенситивная часть как непосредственное отражение субъектом болезненных ощущений подчиняется физиологическим закономерностям, тогда как интеллектуальная часть является опосредованной и преимущественно психологической. В. В. Николаева дополнила схему *внутренней картины болезни* (ВКБ) эмоциональным и мотивационным компонентами, дифференцирующими

опосредованную, психологическую сторону болезни¹. Автор вычленяет *четыре уровня субъективной картины болезни*: 1) уровень непосредственно-чувственного отражения болезни (обусловленные болезнью ощущения и состояния); 2) эмоциональный уровень (непосредственные эмоциональные реакции на последствия болезни в жизни человека); 3) интеллектуальный уровень (знания о болезни и рациональная оценка заболевания); 4) мотивационный уровень (возникновение новых мотивов и перестройка преморбидной мотивационной структуры). Предложенная схема учитывает весьма важный факт: болезнь - это не только болезненные ощущения и их переживания, но и изменения мотивации.

¹ См.: Николаева В. В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни Л., 1976. С. 95-98.

В самом элементарном виде модель болезни состоит из двух субмоделей: *сенсорно-эмоционального* и *логического* блоков. Формирование сенсорно-эмоциональной субмодели ВКБ происходит под влиянием непосредственных впечатлений и переживаний, вызванных определенными проявлениями болезни. Та же информация используется и для формирования логической субмодели, но здесь существенную роль играют концепции, привлекаемые личностью для описания и объяснения причин и механизмов данной совокупности признаков болезни.

В структуре ВКБ выделяется психофизиологический аппарат - детектор, который улавливает и выявляет новые проявления заболевания, сопоставляет их с уже имеющимися симптомами, сличает с информацией, заложенной в матрице долгосрочной памяти, и образами ВКБ и внутренней картины здоровья. «Мощность» детектора и его «пропускная способность» зависят от личностного строя: у мнительных людей широко открыт вход для любых проявлений, даже отдаленно не связанных с болезнью. Реальные модели болезни более или менее адекватно отражают наличные расстройства и динамику заболевания.

ВКБ, являясь комплексом вторичных, психологических по своей природе симптомов заболевания, в ряде случаев может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса. Этот вторичный симптомокомплекс сам по себе может стать источником стойкой инвалидизации больного. В связи с этим возникает необходимость в формировании у больных адекватной и объективной ВКБ. Нормализация понимания болезни, правильная оценка и отношение к ней достигаются через апелляцию к личности, а также влияние на окружающую больного среду.

В зависимости от содержания ВКБ может действовать и положительно, и отрицательно, влияя на проявления и течение заболевания, на отношения в семье. В некоторых случаях ВКБ оказывается причиной серьезных переживаний, иногда приводящих к развитию невротических расстройств.

Формирование ВКБ зависит от ряда особенностей. Прежде всего, на оценку и переживания своей болезни влияют *умственные способности человека*. Понимание происходящего в собственном организме и представления о болезненных процессах зависят от уровня развития мышления больного и поэтому, как правило, связаны с возрастом. Возможность оценки болезненных переживаний зависит и от *развития представлений о своем теле*. Необходимо уметь систематизировать и объяснять свои впечатления и переживания, связанные с болезнью. Отсутствие или недостаток таких способностей приводит к тому, что может возникнуть искаженная ВКБ. Требуются также *значительные волевые усилия*. Без них невозможно сосредоточиться на своих переживаниях, сопоставить их с пережитым в прошлом, т.е. дать им оценку.

Изменения личности в ходе болезни. Вопрос о том, какие именно изменения могут рассматриваться в качестве стратегических, представлен в различных подходах неоднозначно. Это касается стабильности изменений, сферы деятельности больного, особенностей его самоотношения и отношения к ведущим мотивам. Отечественными исследователями

сформулирован ряд критериев, по которым личность больных определяется как измененная в ходе болезни. Такими критериями являются, во-первых, изменение содержания ведущего мотива деятельности; во-вторых, замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого порядка (например, мотив «самообслуживания» при ипохондрии); в-третьих, снижение уровня опосредованности деятельности (деятельность упрощается, ее целевая структура обедняется); в-четвертых, сужение основного круга отношений человека с миром (т.е. сужение интересов, обеднение мотивационной сферы); в-пятых, нарушение степени критичности и самоконтроля¹.

¹ См.: Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987. С. 168.

Клинические формы изменения личности носят разнообразный характер: они могут проявляться в виде изменения эмоций (депрессия, эйфория), нарушений мотивационной сферы (апатия, бездумность), нарушений отношения к себе и окружающему (нарушение критики, изменение подконтрольности), нарушения активности (аспонтанность). У соматических больных может наблюдаться нарастание эгоцентрического содержания ведущего мотива, особенно при ипохондрических изменениях личности. Особенностью иерархической структуры мотивационной сферы может быть жесткая подчиненность деятельности одному мотиву.

Возникает вопрос, можно ли говорить о *развитии*, имея в виду изменения в личности соматически больного человека. В одних случаях - нет, так как эти изменения не ведут к усложнению и обогащению деятельности, а даже, наоборот, ведут к ее сужению. Но возможен и другой вариант: подлинное развитие, когда человек преодолевает тяжелую болезнь, пытается не замыкаться в себе, не порывать связи с миром, используя

компенсаторные возможности для развития, обогащения связей с миром. В этом случае можно говорить о развитии личности в подлинном смысле слова.

Классификация отношений к болезни. Наиболее подробная классификация отношений больного к собственной болезни, отражающая клинический подход, представлена в работах А. Е. Личко и Н. Я. Иванова, а также в методике ТОБОЛ, изложенной в работах Л. Ф. Бурлачук и Е. Ю. Коржовой¹. Авторы выделяют следующие типы отношений больного к болезни.

¹ См., например: Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Неврология и психиатрия. 1980. Вып. 8; Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю. Психология жизненных ситуаций. М. : Российское педагогическое агентство, 1998.

1. *Гармоничный тип* - характеризуется трезвой оценкой своего состояния, активным содействием успеху лечения, нежеланием обременять других своей болезнью, переключением интересов на доступные для больного сферы жизни при неблагоприятном течении болезни.

2. *Эргопатический тип* - отличается выраженным стремлением продолжать работу во что бы то ни стало, может быть описан как «уход от болезни в работу».

3. *Анозогнозический тип* - характеризуется активным отбрасыванием мысли о болезни и ее последствиях, пренебрежительным отношением к болезни, нежеланием лечиться.

4. *Тревожный тип* - отличается беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного развития заболевания, поиском информации о болезни и ее лечении, угнетенным настроением.

5. *Ипохондрический тип* - характеризуется сосредоточенностью на субъективных неприятных ощущениях и стремлением рассказывать о них окружающим.

6. *Неврастенический тип* – для него характерны раздражительность,

особенно при болезненных ощущениях, нетерпеливость.

7. *Меланхолический тип* - отличается пессимистическим отношением к болезни, неверием в выздоровление.

8. *Апатический тип* - характеризуется безразличием к себе и течению болезни, утратой интереса к жизни.

9. *Сенситивный тип* – для него характерны озабоченность неблагоприятным отношением к нему окружающих вследствие болезни, боязнь стать обузой.

10. *Эгоцентрический тип* - характеризуется требованием исключительной заботы, выставлением напоказ страданий с целью безраздельного завладения вниманием окружающих.

11. *Паранойяльный тип* - отличается крайней подозрительностью к лекарствам и процедурам, стремлением к обвинению окружающих в возможных осложнениях или побочных действиях лекарств.

12. *Дисфорический тип* - характеризуется мрачно-озлобленным настроением, ненавистью к здоровым, обвинениями в своей болезни других, деспотическим отношением к близким.

Астенические расстройства познавательной деятельности больных хроническими заболеваниями. Одной из наиболее распространенных неспецифических форм реагирования центральной нервной системы на самые разнообразные внешние и внутренние вредные факторы является *астения*. Термин «астения» впервые введен в 1735 г. К. Броуном. Первый этап учения об астениях был патогенетический: термин «астения» применялся для характеристики возбудимости организма. Следующий этап изучения астении составлял симптомологический период. Описывались проявления астении: нервная слабость после травм, соматических болезней, инфекций и других внешних, в том числе психогенных, вредных факторов расценивалась как синдром, неспецифическая реакция организма на вредность. В 1869 г. М. Бирд вводит клиническое понятие *неврастения* (т.е. нервная слабость).

И.П. Павловым и его учениками были изучены и физиологически обоснованы механизмы астении. Экспериментально и клинически было доказано, что при самых разнообразных, соматических, мозговых, инфекционных и других заболеваниях возникают закономерные изменения в течение основных процессов *высшей нервной деятельности* (ВНД). При этом в первую очередь обычно ослабляется процесс активного торможения, в результате чего нарушаются контроль и сбалансированность его с раздражительным процессом. При последующем воздействии патогенного фактора появляются мобильность и слабость раздражительного процесса. При длительном или весьма интенсивном действии болезненного агента может развиваться склонность к запредельному торможению, а также другие нарушения ВНД. Клиническим отражением этих нарушений в одних случаях является астения, а в других - симптомы нервно-психической слабости, недержание аффекта и т.п. Таким образом, астения является одной из распространенных (хотя и не единственной) и наименее специфической формой реагирования центральной нервной системы на самые разнообразные внешние и внутренние вредные факторы.

Формы и структура астенических состояний. Клинический анализ позволил выделить наиболее типичные структуры и формы астенических состояний. Было выделено *четыре основных структурных компонента (симптома) астении*: 1) раздражительность; 2) слабость; 3) расстройства сна; 4) вегетативные нарушения. Каждый из этих симптомов в той или иной мере входит в три *основных синдрома (формы) астенического состояния*, которые в ряде случаев могут рассматриваться как последовательные стадии единого процесса, нарастающей нервно-психической слабости. Это следующие формы: 1) гиперстения; 2) синдром раздражительной слабости; 3) гипостенический синдром (синдром истощения.)

Для первой - *гиперстенической* - формы (или стадии) характерны следующие черты: больные обычно деятельны, даже больше чем было им свойственно до заболевания, однако эта деятельность носит

малоупорядоченный, плохо организованный характер, характеризуется трудностью сосредоточения, особенно при длительном умственном напряжении. В письменной продукции часты ошибки, опiski. Неудачи и затруднения, возникающие в процессе работы, легко выбивают больного из рабочей колеи, заставляют его отступать от намеченного плана, а иногда и темпа работы, бросать или уничтожать начатое, сомневаться в целесообразности работы или возможности ее выполнения. Чувство усталости, особенно заметное при неудачах, сменяется подъемом работоспособности при увлечении работой или удачных результатов деятельности. В пределах коротких отрезков времени деятельность такого больного может быть продуктивной, но длительная сложная (особенно непривычная) работа уже не под силу, в связи с быстрым утомлением.

При второй форме астении - *раздражительной слабости* - у больных за бурным началом деятельности следует ее быстрое падение, за быстро вспыхнувшим интересом - вялость и апатия, за нетерпеливым стремлением что-то сделать - последующее чувство усталости, бессилие, разочарование. Больные с этой формой астении хотят работать и с большим интересом начинают работу, но быстро устают, допускают ошибки, возбуждаются, напряженно пытаются начать все сначала, снова бросают, с огорчением отмечая снижение своей работоспособности.

При третьей - *гипостенической* - форме продолжение привычной деятельности требует от больного большого напряжения. Уже к середине рабочего дня такие больные чувствуют себя неспособными к деятельности. Работа у них не ладится, простейшие элементы требуют гораздо большего времени, чем раньше, а новые задания кажутся непреодолимо трудными, часты ошибки, опiski, пропуски букв и слов. Воспроизведение ранее усвоенных терминов, понятий, формул требуют большого напряжения. Во второй половине дня кривая работоспособности продолжает падать, а после рабочего дня больной чувствует полную неспособность и отсутствие интересов к какой-либо работе, к чтению и даже к развлечению. Нередко уже

с утра больной не в состоянии приступить к работе. Характерна постоянная сонливость, причем сон не приносит свежести и подъема работоспособности. Настроение понижено, носит оттенок апатии, вялости, некоторой подавленности. Активный интерес к окружающему снижен, больной вял, быстро устает при физическом напряжении.

Из описания видно, что наиболее характерным для астенических больных является снижение работоспособности в целом и в отдельных ее характеристиках, таких как темп, стабильность, устойчивость и т.д. Общее нарастающее утомление на поздних стадиях астенического синдрома создает в мотивационно-потребностной сфере картину снижения жизненной активности, как физической, так и психической. Проявление желаний, потребностей больного, не связанных с болезненным состоянием, становится неявным, сглаженным. В медицинской литературе это явление часто описывается в терминах снижения волевой активности, вялости, апатичности, снижения жизненных интересов. Так, отмечается, что при многих заболеваниях внутренних органов (острых и хронических), травмах могут иногда наблюдаться явления нарушения воли. Наиболее часто встречается *гипобулия* - понижение волевой активности, при которой стремление к целенаправленной деятельности у больных почти не возникает. Начав что-нибудь делать, они быстро прекращают работу, и не потому, что наступает усталость, а в связи с отсутствием желания продолжать свое занятие.

Таким образом, астенический синдром при затяжном и хроническом течении болезни может привести к значительным изменениям в личностной сфере больного, к изменению иерархии его мотивов и потребностей, степени выраженности потребностно-мотивационных процессов, смещению жизненных интересов. Все это с неизбежностью оставляет след на последующей трудовой деятельности человека, даже после излечения.

2.5. Частная психосоматика

*Девять десятых нашего счастья
зависит от здоровья.*

Артур Шопенгауэр.

Заболевания органов дыхания: бронхиальная астма

Психологическая метафора бронхиальной астмы – «затруднение выживания, неспособность "дышать полной грудью" в этом сложном мире» (А. Радченко). Общепринятым считается значение агрессии в генезе бронхиальной астмы. Агрессия у астматиков не вытесняется, так как она переживается как опасная, больной не может ее выразить, что проявляется в приступах удушья. Концепция Ф. Александера указывает на то, что корни развития защитно-приспособительного значения симптома бронхоспазма заключаются в особенностях ранних отношений матери и больного ребенка, когда при сближении отношений мать чувствует раздражение и ощущение вины за него, а ребенок - материнское негодование и отчуждение. Это порождает у него тревогу и страх, а открытое выражение чувств запрещается матерью и связано с опасением оттолкнуть ее («Не плачь!», «Перестань кричать!»). Блокирование вербального канала коммуникации компенсаторно вызывает развитие телесных коммуникационных связей, к которым относится и стремление получить одобрение и теплое отношение матери посредством астматических симптомов. В дальнейшем эти симптомы становятся для астматика способом манипулирования лицами значимого окружения, а для семей с невротическим конфликтом - способом сохранения семейного "гомеостаза".

Личностные черты, предрасполагающие к развитию и фиксации дыхательных нарушений, по нервно-психическому механизму следующие: низкий уровень фрустрационной толерантности, инфантилизация, склонность к блокированию эмоциональных переживаний, хрупкость и незрелость психологической защиты, неадекватное представление о себе,

увеличение коммуникативной значимости "языка тела" (соматические ответы), низкий уровень сознания - замечания актуально переживаемых эмоций, желаний, потребностей - вследствие нарушения способности к словесному выражению чувств.

Характерными ситуациями, способствующими заболеванию, являются те, которые требуют выражения враждебно агрессивных или нежных и преданных чувств.

Сердечно-сосудистые заболевания

Заболевания сердца и сосудов в экономически развитых странах являются самой частой причиной смерти. Психосоматический компонент характерен в первую очередь для таких заболеваний сердечно-сосудистой системы, как эссенциальная (т.е. первичная) артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца (ИБС), нарушения сердечного ритма, сердечный невроз страха (неврастенический синдром с функциональным нарушением регуляции сердечной деятельности). Главную роль в психосоматическом генезе сердечно-сосудистых заболеваний играют подавляемая враждебность и поведение типа А.

Гипертония. Для больных гипертонией характерна личностная структура с преобладанием навязчивых состояний, в результате чего нередко возникают внутренние и внешние конфликты, затрудняющие эмоциональную разрядку. По данным Ф. Александера, центральным пунктом психодинамики пациента с эссенциальной гипертонией является постоянная борьба с нарастающим враждебно-агрессивным чувством. В то же время существуют трудности самоутверждения: пациенты боятся потерять благосклонность других людей и поэтому контролируют проявления своей враждебности. В детстве они обычно склонны к приступам ярости и агрессии. Бывший прежде агрессивным ребенком, взрослый человек

становится подчеркнуто уступчивым, не может за себя постоять. Из сверхсовестливого и доводящего до крайностей поведения с излишним чувством ответственности рождаются усиленные чувства гнева, неприязни и агрессивности, со временем требующие все больших усилий для их сдерживания.

Гипертоники описываются как люди трудолюбивые, приверженные долгу, общительные, с большим чувством ответственности.

Ишемическая болезнь сердца. К ИБС предрасполагают определенные типы поведения, которые были описаны под общим названием поведения типа А (Фридман). Впоследствии тип А был разделен на три подкласса. В первый входят люди замкнутые, заторможенные, сдержанные. Вторым классом образуют люди, которые хорошо умеют прятать свои чувства, но очень нервные внутри. Третий класс составляют люди, которые привыкли бурно выражать свое отношение ко всему происходящему; они общительны, легко могут сорваться, но отходчивы.

В определении профиля подверженной коронарным заболеваниям личности честолюбие и трудолюбие рассматриваются как константа независимо от различия взглядов на психосоматические механизмы.

Развитие ИБС характеризуется с психосоматических позиций как последовательное *чередование определенных стадий* - синдромов гиперактивности, сверхкомпенсации и крушения. *Синдром гиперактивности* характеризуется интенсивной длительной потребностью в успехе, агрессивно-эгоистическим поведением, постоянным желанием признания. *Синдром сверхкомпенсации* отличается хроническим перенапряжением, провоцирующим увеличение продолжительности работы. *Синдром крушения* означает не столько острое клиническое состояние, сколько характерные, часто труднообратимые последствия механизма неудачной переработки тяжелых жизненных событий.

Больные склонны к отрицанию своих конфликтов, что затрудняет формирование внутренней мотивации к терапии.

Желудочно-кишечные заболевания

Психосоматика пищевого поведения представлена в широком круге заболеваний. Стиль питания есть отражение эмоциональных потребностей и душевного состояния человека. Удовлетворение голода вызывает ощущение защищенности и хорошего самочувствия. Во время кормления ребенок ощущает утешение телесного неблагополучия. Кожный контакт с теплым материнским телом при питании дарит младенцу ощущение того, что он любим. Прием пищи находится не только в тесной связи с потребностью в любовной заботе, но является также коммуникативным процессом.

Нервная анорексия. Считается, что по личностной структуре женщины с анорексией оказываются не готовыми к своей зрелости. Провоцирующей ситуацией для нарушенного пищевого поведения нередко является первый эротический опыт, который воспринимается как угрожающий, или страх расставания, которые могут активизироваться вследствие смерти, разводов или ухода близких из семьи. Нервная анорексия является, однако, не только борьбой против созревания женской сексуальности. Это также попытка защиты от взросления в целом на основе чувства бессилия перед лицом нарастающих ожиданий мира взрослых. Для семей с больными анорексией описаны также такие поведенческие характеристики, как чрезмерная заботливость, избегание конфликтов, вовлеченность детей в родительские конфликты.

В целом в семьях часто доминирует женский авторитет, будь это мать или бабушка. Отцы находятся по большей части вне эмоционального поля, так как явно или скрыто подавляются матерями. Это снижает их «ценность», воспринимаемую семьей, на что они реагируют дальнейшим «уходом», а это, в свою очередь, дает простор для дальнейшего развертывания доминирующих позиций матери или бабушки.

Булимия. Как и нервная анорексия, булимия проявляется

преимущественно у женщин. Ведущая симптоматика: частое появление очерченных во времени приступов переедания, активный контроль веса путем частых рвот или использования слабительных.

Структура личности пациенток с булимией так же неоднозначна, как и при анорексии. Отношения в семьях отмечены высокой конфликтностью и импульсивностью, слабыми связями между членами семьи, высоким уровнем жизненного стресса и малоуспешным проблемно-решающим поведением при высоком уровне ожиданий социального успеха.

Булимикки обычно перфекционисты (т.е. стремятся все делать на "отлично"), склонны к унынию, депрессии, навязчивым мыслям или действиям. Они импульсивны, хаотичны, готовы рисковать; имеют низкую и неустойчивую самооценку; не удовлетворены собственным телом. Они ставят перед собой нереалистичные цели и впадают в отчаяние, когда этих целей не удается достичь. Свои личные отношения они также строят по "булимической" схеме: пылкое увлечение - резкий разрыв. Как правило, они имеют неприятные детские воспоминания, связанные с приемом пищи (еда как наказание, насильственное кормление, скандалы и т.п.).

Язвенная болезнь желудка. В основе заболевания лежит конфликт между желаниями: желание получить путем пассивного питания любовь и внимание вступают в конфликт с возросшим "Я". Желания, которые на межличностном уровне означают безопасность, близость, любовь, заботу, а на уровне еды состояние накормленности, могут отвергаться по двум причинам: из-за внутренней амбивалентности посредством активности, честолюбия, самоутверждения или вследствие перегрузки себя работой, самостоятельностью и ответственностью.

Запоры. Поводом для запора могут стать различные виды отказа, такие как тяжелое разочарование, чувство отверженности, потеря близких людей, изменение места работы, безработица и др. У детей с запорами описаны следующие общие признаки.

1. Все дети проявляют выраженные страхи, преимущественно страх

потери, разлуки с матерью, сна в одиночестве, что означает для них катастрофу.

2. Дети демонстрируют притязания на власть: боязливое, неуверенное поведение у них быстро превращается в поведение господства над боязливой матерью.

3. Дети обнаруживают нарушения питания, рвоту, отсутствие аппетита, неумеренность во всем. Но и здесь в основе лежит страх утраты объекта, страх перед задачей обладания.

Личность, склонная к запорам, обнаруживает так называемую *анальную триаду Фрейда*: упрямство - любовь к порядку - бережливость.

Как причинная семейная ситуация обычно описывается ситуация детства со строгой матерью, которая очень требовательна к детям в отношении дарения и получения подарков. Все, что они сами получают в подарок, они должны в соответствии с требованиями родителей тут же разделить с другими. С представлениями о самоотдаче связываются фантазии о собственных обязанностях, что приводит к устойчивым защитным формам поведения. Поскольку такие люди ничего не могут себе позволить, для них страх утраты становится тем более угрожающим. Ф. Александер следующим образом обозначил их установку: "Я ничего не могу ожидать от других и поэтому могу им ничего не давать, я должен удерживать то, что у меня есть".

Хронический запор в детстве следует понимать как протестную реакцию.

Эмоциональная диарея. Речь идет о более или менее осознанно пережитой ситуации страха и повышенных требованиях со стороны окружающих. Собственная беспомощность перед задачей или лицом, ее поставившим, подчиненность и самоотречение занимают место осознанного поведения и уверенности в своих возможностях. Александер писал о хронической диарее: "Относящийся к симптому вытесненный психологический фактор - это сильная потребность дарить и делать добро. Больной чувствует, что должен компенсировать все, что получил. Но вместо

реального действия он успокаивает свою совесть этой инфантильной формой подарка - содержимым своего кишечника".

Несамостоятельное поведение больных с поносами, их склонность все отдать являются выражением страха, но это можно интерпретировать также как подчиненность перед более сильным.

Болезни обмена веществ

Сахарный диабет. Одной из наиболее тяжелых эндокринных патологий является сахарный диабет. Как причина смерти он занимает третье место после болезней сердечно-сосудистой системы и злокачественных новообразований. Считается установленным, что предпосылкой к возникновению патологии является соответствующая наследственная предрасположенность, которая сама по себе резко ведет к манифестации заболевания.

При сахарном диабете наблюдаются сосудистые поражения и нарушения питания мозга, периферической нервной системы, а также изменение настроения с преобладанием грустного и печального, молчаливость и апатия, мнительность, несдержанность, немотивированность поступков и конфликтность с окружающими. Отмечаются заторможенность, снижение умственных способностей. Обращается внимание на развитие депрессии, ипохондрии, галлюцинаций.

Большинством исследователей разделяется точка зрения о том, что острая эмоциональная травма или длительный психологический стресс могут лишь выявить латентный диабет, перевести его в клиническое состояние. Так, Ф. Александер считал, что сахарный диабет характеризуется не типом личности, а типичной конфликтной ситуацией. Пациенты демонстрируют большую чувствительность к отказам в удовлетворении потребности в заботе о себе. С точки зрения позитивной психотерапии больной диабетом

испытывает "хронический голод по любви", который он утоляет защитным образом при помощи еды, особенно сладостей¹.

¹ См.: *Пезешкиян Н.* Психосоматика и позитивная психотерапия. М., 1996. С. 464.

В сфере контактов больных диабетом часто присутствует негативный опыт. Их чрезмерная потребность в зависимости может создавать проблемы в общении. Основные психосоматические концепции возникновения диабета следующие.

1. Конфликты и тревожные состояния удовлетворяются с помощью еды. Может возникнуть обжорство и ожирение, вслед за чем наступает длительная гипергликемия и, далее, истощение инсулярного аппарата.

2. Вследствие приравнивания еды и любви друг к другу отнятие любви вызывает эмоциональное переживание - состояние голода и тем самым, независимо от поступления пищи, соответствующий диабетическому голодный обмен веществ.

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

Ожирение. Какой-то единый тип больных с ожирением описать не удастся. Оно может быть вызвано родителями, которые систематически на любое внешнее выражение ребенком потребностей отвечают предложением пищи и ставят свое проявление любви к ребенку в зависимость от того, ест ли он. Чаще других называют следующие причины ожирения:

- фрустрация при утрате объекта любви. Например, к ожирению (чаще у женщин) могут приводить смерть супруга, разлука с сексуальным партнером или даже уход из родительского дома;
- общая подавленность, гнев, страх перед одиночеством и чувство пустоты, которые также могут стать поводом к импульсивной

еде.

Ревматоидный артрит. Больные ревматоидным артритом испытывают большие трудности в подавлении своих враждебно-агрессивных импульсов. Попытка разрешить эти импульсы представляет собой комбинацию самоконтроля и "благодетельной" тирании над другими. У всех больных ревматоидным артритом с достаточным постоянством встречаются три черты характера:

1) стойкие проявления сверхсовестливости, обязательности и внешней услужливости, сочетающиеся со склонностью к подавлению всех агрессивных и враждебных импульсов, таких как злоба или ярость;

2) потребность к самопожертвованию и чрезмерное стремление к оказанию помощи, сочетающиеся со сверхнравственным поведением и склонностью к депрессивным расстройствам настроения;

3) выраженная потребность в физической активности.

Данные черты характера выступают гиперкомпенсацией основополагающего конфликта. Так, сверхсовестливость, отказ от выражения своих чувств создают защитный барьер для возможного прорыва агрессивных импульсов. Часто описываются своеобразная терпимость, смирение с судьбой, выраженная скромность, уступчивость.

Онкологические заболевания

Исследование онкологических больных показало взаимосвязь эмоций, центральной нервной и иммунной систем. У раковых больных особенно часто обнаруживаются: а) ранняя утрата важных лиц близкого окружения пациента; б) неспособность больного открыто выразить враждебные чувства; в) длительно существующее состояние безнадежности, подавленности и отчаяния.

Часто рак свидетельствует о том, что где-то в жизни человека имелись нерешенные проблемы, которые усилились или осложнились из-за серии стрессовых ситуаций, произошедших в период от полугода до полутора лет до возникновения рака. Типичная реакция онкологического больного на эти проблемы и стрессы заключается в ощущении своей беспомощности, отказе от борьбы.

Незадолго до начала развития болезни многие из больных раком утратили значимые для них эмоциональные связи. При этом чаще всего они склонны связывать себя с каким-то одним объектом или ролью, а не развивать собственную индивидуальность. Когда объекту или роли, с которыми человек себя связывает, начинает угрожать опасность или они просто исчезают, такие пациенты оказываются словно наедине с собой, но при этом у них отсутствуют навыки, позволяющие справиться с подобными ситуациями.

Выделяют пять этапов развития психологического процесса, предшествующего возникновению рака¹.

¹ Подробнее см.: Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака СПб. : Питер, 2001.

1. Детские переживания приводят к формированию того или иного патологического типа личности.
2. На человека обрушиваются драматические события, вызывающие у него стресс.
3. Возникшие стрессовые ситуации ставят перед человеком проблему, с которой он (субъективно или объективно) не может справиться.
4. Не видя возможности изменить правила своего поведения, человек чувствует свою беспомощность и неразрешимость создавшейся ситуации.
5. Человек отказывается от решения проблемы, теряет гибкость, способность изменяться и развиваться.

Именно потеря интереса к жизни играет решающую роль в воздействии на иммунную систему и может через изменения гормонального равновесия привести к повышенному производству атипичных клеток.

Человек, выбирающий позицию жертвы, влияет на свою жизнь тем, что придает повышенное значение таким событиям, которые подтверждают безнадежность его положения. Каждый из нас сам выбирает, хотя не совсем осознанно, как реализовать то или иное событие. Величина стресса определяется, во-первых, значением, которое мы ему придаем, и, во-вторых, теми правилами, которые мы сами когда-то выработали и которые указывают на допустимые способы выхода из стрессовой ситуации.

2.6. Роль семьи в формировании нездоровья у детей

Семья - это общество в миниатюре, от целостности которого зависит безопасность всего большого человеческого общества.

Феликс Адлер

Нормально функционирующая семья рассматривается исследователями как семья, которая ответственно выполняет свои функции, вследствие чего удовлетворяется потребность в росте и изменениях как семьи в целом, так и каждого ее члена. Дисфункциональные семьи оказываются неспособными удовлетворять те или иные потребности членов семьи, что тормозит развитие личности, обуславливает возникновение нервно-психического напряжения, тревоги. Воспитательная функция семьи понимается не только как целенаправленное воздействие родителей, в том числе обучение знаниям и навыкам поведения, но и как непосредственный характер отношения (обращения) с детьми. Ребенку требуется что-то вполне осязаемое, конкретное: повседневное отношение, позволяющее ему расти, чувствуя себя нужным и значимым для родителей; и еще ему крайне важно расти в ощущении безопасности.

Родительская любовь – это двустороннее отношение, и ее нельзя оценить с одной точки зрения. Она предполагает двух участников – родителя и ребенка, которых связывают взаимопонимание, взаимоуважение и взаимная симпатия. Ребенок чувствует любовь родителя и родитель воспринимает себя любящим в том случае, если, во-первых, родитель умеет доступно выражать свои чувства к ребенку, соответственно, во-вторых, ребенок понимает своего родителя и, в-третьих, родитель понимает внутреннее состояние ребенка и способен воспринять выражаемые ребенком чувства любви и привязанности. Осмысление себя в семье хотя и не полностью осознается ребенком, но оно определяет его реакции на происходящее и, более того, представляет собой фундамент для существующих и будущих отношений с людьми. Живя в семье, ребенок накапливает большой опыт межличностных отношений.

Согласно концепции Л. С. Выготского, психическое развитие ребенка определяется *социальной ситуацией*, т.е. его положением в обществе, системой отношений со взрослыми, сверстниками. Социальная ситуация развития не строится извне, а создается в процессе живого взаимодействия между ребенком и его окружением. Переход от одного возрастного периода к другому связан с изменением социальной ситуации развития. Таким образом, для детского развития наиболее важна совместная деятельность ребенка со взрослым, которая в каждом возрастном периоде имеет свое социально заданное содержание.

Психологические факторы, связанные с семьей, межличностными взаимоотношениями в семье, уровнем эмоционального принятия и поддержки, могут играть определенную роль в возникновении заболевания. Одним из важнейших деструктивных для здоровья ребенка факторов является *неполная семья*. Характерные чувства детей в неполной семье - замешательство, неискренность, чувство обиды. Другим, возможно, еще более весомым фактором является *распад семьи*. При сравнении детей, выросших в разведенных семьях и в семьях, где один из родителей

умер, оказалось, что в развитии аномального поведения только развод играет выраженную роль. Отмечается также, что *систематические конфликты между родителями*, несмотря на положительную форму связи родителей с детьми, делают детей социально дезориентированными, эмоционально лабильными и пассивными. Родители, проявляющие негативные чувства друг к другу не прямо, а опосредованно, через ребенка, вымещают на нем свое напряжение и конфликты, уменьшая тем самым напряженность в своих отношениях. Для детей же это еще более психотравмирующая ситуация, поскольку в этом случае родители проявляют по отношению к ребенку нетерпимость, недоверие, аффект и физические наказания. В то же время родители пытаются устранить свою эмоциональную неудовлетворенность повышенной заботой о ребенке, привязывая его к себе и изолируя от общения друг с другом. В результате ребенок переживает, что он не может быть самим собой, как не может найти и признания, любви и понимания в семье. Таким образом, факт наличия одного или обоих родителей, видимо, менее важен для развития ребенка, чем характер взаимоотношений между родителями и ребенком.

Выделяют следующие типы патогенного родительского поведения: 1) один (оба) родителя не удовлетворяют потребности ребенка в любви или полностью отвергают его; 2) ребенок служит в семье средством разрешения супружеских конфликтов; 3) родители угрожают «разлюбить» ребенка или покинуть семью, используя это в качестве дисциплинарных мер; 4) родители внушают ребенку, что он своим поведением повинен в разводе, болезни или смерти одного из родителей; 5) в окружении ребенка отсутствует человек, способный понять его переживания, стать фигурой, заменяющей отсутствующего или пренебрегающего своими обязанностями родителя.

Дефицит родительской отзывчивости на нужды ребенка способствует возникновению у него чувства беспомощности, что впоследствии приводит к апатии и даже депрессии, избеганию новых ситуаций и контактов с новыми людьми, недостатку любознательности и инициативы. Наличие

акцентуаций личности у родителей также ведет к психосоциальным нарушениям в семье. Из психологических особенностей родителей наиболее патогенное значение имеют возбудимость, эмоциональная неустойчивость, истеричность и тревожность матери, нестабильность и импульсивность отца (Э. Г. Эйдемиллер, А. И. Захаров).

Исследователями выявлены *личностные проблемы родителей, искажающие процесс воспитания и приводящие к формированию различных нервно-психических расстройств у детей и подростков* (Э. Г. Эйдемиллер и В. В. Юстицкий, 2000). К таким проблемам были отнесены расширение сферы родительских чувств, предпочтение в подростке детских качеств, воспитательная неуверенность, фобия потери ребенка, неразвитость родительских чувств, проекция на подростка собственных нежелательных качеств и внесение конфликта между супругами в сферу воспитания.

Однако благополучие семьи определяется не только личностными особенностями родителей, но и *социальной поддержкой окружения*. Сами дети получают много от общения за пределами семьи. Интересны результаты исследования структуры и динамики родительского отношения, проведенные Е. О. Смирновой и М. В. Быковой¹.

¹ См.: Смирнова Е. О., Быкова М. В. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения // Вопросы психологии. 2000. № 3. С. 3-14.

Наиболее патогенным оказывается воздействие неправильного воспитания в подростковом возрасте, когда формируются базовые потребности этого периода развития - потребности в автономии, уважении, самоопределении, достижении наряду с сохраняющейся, но уже более развитой потребностью в поддержке и присоединении (семейном «мы»).

В литературе до настоящего времени уделялось мало внимания проблеме отношения и оценке родителей детьми, а также оценке родителями самих себя. А. И. Захаров под *восприятием детьми роли родителей*

понимает процесс идентификации - восприятие другого подобным себе, если субъект взаимодействия видит в этом другом сильного, любящего и компетентного человека¹. В исследовании автором было установлено, что возраст наиболее выраженной идентификации с родителем того же пола составляет у мальчиков 5-7 лет, у девочек - 3-8 лет. Успешность идентификации зависит от компетентности и престижности родителя того же пола в представлении детей, а также от наличия в семье идентичного их полу члена прародительской семьи (дедушки у мальчиков и бабушки у девочек). Конфликты между отцом и матерью отрицательно сказываются на процессе идентификации (особенно у девочек). Таким образом, дошкольный возраст также является одним из важных этапов развития и становления личности ребенка. Родители на данном этапе играют большую роль и поэтому должны стремиться поддерживать здоровые отношения в семье.

¹ См.: Захаров А. И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб. : Союз, 1998 С. 336.

По мнению исследователей, у ребенка настолько тесная связь с родителями, что практически все важные изменения в их жизни ставят ребенка на грань риска возникновения заболевания. Состояние ребенка зачастую оказывается показателем отношений его родителей, а болезненные проявления у него могут быть единственным выражением семейной дезорганизации. Нарушенные внутрисемейные контакты в раннем возрасте в дальнейшем увеличивают риск развития психосоматических заболеваний. В то же время некоторые дети, заболев, наряду с неприятными ощущениями от болезни неожиданно для себя начинают чувствовать и что-то приятное. Дело в том, что ребенок вдруг оказывается, окружен вниманием и заботой, а напряжение во взаимоотношениях родителей исчезает. Так неприятная по своему существу болезнь может стать для ребенка условно

желаемой.

Итак, можно утверждать, что семья оказывается непосредственным источником психического здоровья или нездоровья ее членов.

Глава 3. Основные подходы к изучению алкогольной зависимости.

Пьянство - мать всех пороков.

Абу-ль-Фарадж

3.1 Понятие зависимости.

В чарке тоска ищет облегчения, малодушие – храбрости, нерешительность – уверенности, печаль – радости и находят лишь гибель.

ДЖОНСОН Бенджамин

Алкоголизм – можно рассматривать как совокупность патологических изменений, возникающих в организме под влиянием длительного, неумеренного употребления алкоголя. Патологическое влечение к алкоголю является стержневым синдромом алкоголизма.

Выделяют два основных варианта зависимости.

1. первичное, которое не связано с присутствием в организме алкоголя или продуктов его метаболизма.

2. вторичное - в состоянии опьянения, которое представляет собой неспособность больного ограничиваться небольшими дозами спиртных напитков, так как первые порции вызывают у него интенсивное желание продолжать их прием, пока не наступит выраженное опьянение.

После разделения понятий «привыкание» и собственно «наркомания», первичное влечение стали называть «психической зависимостью», а вторичное «физической зависимостью».

Психическая зависимость характеризует необходимость принимать какое-либо химическое вещество для поддержания желаемого уровня психической деятельности, желаемого эмоционального состояния и т.д.

Наличие психической зависимости, если ее понимать именно как потребность в психических эффектах действия наркотиков, объясняет, почему у больных алкоголизмом и наркоманов возможен, и нередко наблюдается, переход от одного наркотического препарата к другому, их комбинирование, замена «суррогатами» и т.д. С точки зрения только физической зависимости, т.е. адаптации к какому-то одному веществу, это не объяснить. Не объяснить также и случаи пристрастия к веществам, которые никак нельзя отнести к категории наркотиков.

Динамическая личностная концепция зависимости

Исходный пункт практически всех трактовок зависимости от алкоголя, как личностного образования - представление о внутриличностном конфликте или противоречиях, с которыми личность не справляется, не прибегая к злоупотреблению алкоголем. Теоретический подход к решению вопроса о природе этого конфликта и определяет трактовку зависимости.

Первые попытки исследовать алкогольную зависимость с этих позиций сделали представители психоанализа. Как и в случае развития невроза, они исходили из постулирования конфликта между «ид» и «суперэго», т.е. из конфликта между архаическим психическим опытом и критической установкой создания. Алкоголизм признавался сторонниками психоаналитического направления как симптом неосознанного конфликта. Обобщая вклад психоанализа в развитие научных представлений об алкоголизме, Миллер и Хестлер отмечают, что наиболее популярные гипотезы следующие:

1. защита от депрессии, которая порождена неудовлетворенностью оральной зависимости (имеется в виду так называемая фиксация на оральной стадии психосексуального развития);

2. защита от латентного гомосексуализма.

3. защита от тревоги, идущей от угрожающих разрушительных бессознательных импульсов (агрессивных и др.).

4. самодеструктивное поведение, как результат интроецированных «матереубийственных» импульсов, связанных с неразрешимым враждебно-зависимым отношением к матери.

Влечение к алкоголю, по мнению современных представителей психоанализа, определяется, прежде всего, его символическим значением, т.е. не сам алкоголь как химическое вещество, опьяняющий напиток, влечет пьющего, а те фантазии и символы бессознательного (глубинные мотивы личности), которые концентрируются в алкоголе. В неосознанных фантазиях алкоголь может символизировать молоко, «сперму» и т.д., а сосуды, в которых хранят алкоголь - соответственно грудь, пенис и т.д. Бармены и другие посетители превращаются в «добрых родителей» и т.п.

Это важное замечание по поводу символической функции алкоголя и алкогольных ритуалов, в которых необходимо различать значение (социальное, прежде всего) и индивидуальный, личностный смысл потребления алкоголя. Однако оно не дает достаточного руководства для практической деятельности.

К сожалению, отечественные психологи довольно мало занимались вопросами психологии злоупотребления алкоголем. Особого внимания заслуживают работы Б.С. Братуся. **.Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности -М., 1980, с. 169.** Он считает, что не сами противоречия, закладываемые в личность, являются причиной развития пристрастия к алкоголю, а «дефектный способ решения неизбежно возникающих противоречий между желаемым и возможным».

Тема 2. Психологические факторы приобщения к алкоголю

Символическое приобщение

Спиртные напитки не являются чем-то совершенно новым и неизвестным для ребенка, что познается только посредством личного опыта их потребления. До первого знакомства с реальным действием алкоголя ребенок имеет уже определенное представление о том, что такое алкоголь, как он примерно действует на людей при приеме внутрь, в каких жизненных обстоятельствах, в какие периоды люди употребляют спиртные напитки, как они это делают, с какими еще событиями, действиями, другими вещами это ассоциируется, как люди рассказывают о своем опыте приема алкоголя, т.е. как принято рассказывать в той или иной ситуации, какие ограничения, меры предосторожности, формы осуждения и наказания применяются в обществе по отношению к потреблению алкоголя, наконец, какие виды спиртных напитков существуют, как они хранятся, маскируются, называются и т.д.

К семи-восемью годам у каждого нормального ребенка создана целая система, модель потребления или неупотребления - "первичное решение" по этому вопросу. Эта система формируется как часть общей системы внешнего мира.

Грили и Маккрэди на основании анализа литературы по алкоголизму выделили семейные "установки", влияющие на выбор того или другого "алкогольного поведения".

1. Семейные выпивки - частота употребления алкоголя у матери и отца; существование "алкогольных проблем" в семье, где растет ребенок, одобрительное отношение к потреблению алкоголя со стороны родителей.
2. Структура семьи - уровень привязанности к эмоциональной насыщенности контактов между членами семьи; как принимаются важные решения.
3. Потребность в поддержке, зависимость от авторитетов.
4. Манера потребления алкоголя.

Н.Я. Копыт и П.И. Сидоров пишут, что асоциальное поведение родителей, психологическая напряженность и конфликты, низкий уровень образования и несостоятельное воспитание являются факторами высокого риска развития злоупотребления алкоголем в дальнейшей жизни ребенка.

То, что из одной и той же семьи выходят алкоголики и трезвенники, объясняется тем, что контакт личности с собственной семьей, с родственниками осуществляется с разной степенью полноты и глубины.

Этническая группа

Многие исследователи все больше интересуются социокультурными вариациями манеры потребления алкоголя среди этнических групп в разных странах.

Русский "имидж" пьянства - социальный стереотип, в который кроме всего прочего входит и характеристика манеры выпивки. Считается, что

русский пьет залпом большие порции крепких напитков, т.е. "варварский стиль" потребления алкоголя, "беспробудное пьянство". По литературным источникам это представления появились ранее, чем в 18 веке. Главным элементом этого стиля является испытание "поведенческой толерантности", т.е. проверка того, как человек способен управлять своим поведением в условиях сильного алкогольного опьянения: будет ли он болтливым, "распустится", станет "неуправляемым", "расторможенным" или быстро опьянеет, либо, наоборот, сможет оставаться "трезвым", не подать виду, что опьянен, что ему плохо, будет сопротивляться действию интоксикации. Это совсем не то же самое, что "пьянство с целью бегства" от реальной действительности и других типов пьянства. По некоторым данным, испытание алкогольной интоксикацией служило чем-то вроде замены древнего обряда инициации. При инициации неопитов всегда подвергали жестокому испытанию: не давали пищи, воды, держали в изоляции, причиняли физическую боль и т.д. Прошедших испытание признавали равноправными членами общины, им вручали оружие, соответствующую одежду, прочие атрибуты взрослого человека, а также рассказывали "этнологические мифы", т.е. предания о происхождении племени, о первопредках, их именах и т.д. - посвящали в тайну.

В наши дни нечто подобное можно видеть в группах подростков, молодежных группах, в группах взрослых - испытание новичка выпивкой.

Возможно формирование алкогольных обычаев при столкновении двух культур. Алкогольная интоксикация в этих случаях может быть символом оппозиции к новым ценностям, идущим от "чужой" культуры (Австралия, Индейцы) мстительное пьянство.

Исследователи алкогольной проблемы на Крайнем Севере считают - употребление алкоголя у представителей этих культур не имело распространения. При столкновении с культурой, в которой потребление алкоголя имело свои исторические корни, они оказались неподготовленными (нет "социального иммунитета") к потреблению спиртных напитков. Кроме того, сказалось социально-психологическое неблагополучие в обществе людей, лишившихся традиционного уклада жизни, верований и традиций, регулирующих поведение членов общины.

Подростки и ранний алкоголизм

С позиций Б.С. Братуся **Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психологическая клиника и профилактика раннего алкоголизма - М., 1984, с. 144** процесс ранней алкоголизации у подростков и юношей предстает следующим образом. В качестве предпосылки возникновения у индивида потребности в алкоголе выступает культура, ее нормы, обычаи, традиции. С развитием алкоголизации внешние обычаи потребления спиртного как бы интериоризируются, становятся "внутренними" алкогольными установками. Однако данной интериоризации предшествуют изменения деятельности и смысловой сферы личности. Привлекательность алкогольного опьянения кроется в тех желаниях и актуальных потребностях, которые человек с его помощью пытается удовлетворять. Молодые люди, которые лучше

справляются с проблемами учебной деятельности, одновременно хорошо интегрированы в своем социальном окружении более защищены от развития раннего алкоголизма. Низкие учебные достижения, как правило, связаны с обособленностью учащегося, недостаточной групповой поддержкой в школе и неудовлетворением важных для подросткового возраста потребностей в интимно-личностном общении, самостоятельности, взрослости, одобрении сверстниками. Данное потребностное состояние "опредмечивается", фиксируется на алкогольной компании, поскольку именно она оказывает в этот момент психологическую поддержку индивиду, удовлетворяет его возрастные потребности. В отличие от класса, где оценка личности эквивалентна полученной учебной оценке, в альтернативной группе существуют неосуждающие отношения друг к другу, позволяющие иметь высокий статус, обрести себя. Однако постепенно иллюзорно-компенсаторная алкогольная деятельность и сопутствующие ей субъективные переживания вытесняют конструктивные формы активности индивида, оставляя лишь несложные потребности. По мере перерастания этапа злоупотребления алкоголем в болезнь наблюдается "сползание" с группоцентрического уровня развития смысловой сферы личности на эгоцентрический, а коллективистская и общечеловеческие ступени становятся вообще недостижимыми. У молодых правонарушителей, склонных к алкоголизму, обнаружилось тенденции к обесцениванию настоящего времени жизни, меньшая связность биографической картины в самосознании пессимистический взгляд на будущее, ориентация на прошлое, преобладание краткосрочных целей. Предполагается переживание опустошенности времени.

3.2 Проблемы женского алкоголизма.

Одной из наименее изученных проблем остается «женщина и алкоголь». Женский алкоголизм теснее связан с неблагоприятными условиями жизни. Женщины чаще, чем мужчины, злоупотребляют спиртными напитками в одиночестве, скрывая это от окружающих. Алкоголизм оказывает на них более пагубное социальное и биологическое влияние, а эффективность лечебных и профилактических мероприятий существенно ниже, чем у мужчин. Социальное окружение в большей степени не принимает пьющую женщину, чем мужчину, поэтому, испытывая стыд из-за своего поведения, она оказывается в более полной изоляции. Алкоголизации способствует изменение социального положения женщин в обществе,

их большая экономическая самостоятельность и моральная независимость, доступность спиртного, что является значимым фактором для женщин с так называемыми «алкогольными профессиями». Немаловажную роль может играть трудовая и финансовая дискриминация, а также двойная ответственность за выполнение семейных и профессиональных обязанностей. К возникновению болезни ведут психические травмы: утрата близких; распад семьи, наличие алкоголика в окружении. Есть и другие особенности личности, способствующие алкоголизму: эмоциональная неустойчивость, длительные депрессивные состояния или психопатические черты личности. Женский алкоголизм часто носит характер «телескопического пьянства», при котором длительный период эпизодической алкоголизации очень быстро сменяет физическая зависимость. Состояние существенно отягощает анозогнозия: женщины не признают зависимости от алкоголя и говорят лишь о трудностях, связанных с выполнением роли жены или матери. Очень часто они начинают выпивать вслед за мужьями, которые навязывают им свой ритм и стереотип алкоголизации, тем не менее, и в этом случае отношение мужа к пьянству жены бывает неодобрительным. В течение нескольких десятилетий в научной литературе публиковались работы, подчеркивающие специфику алкоголизма у женщин, особенности его течения и исходов, значимость внешних и внутренних условий его формирования. Это явилось причиной выделения «женского» алкоголизма, существенно отличающегося от «мужского» как по наличию приоритетных этнопатогенетических факторов формирования, так и по клинико-психопатологическим особенностям.

Исследование значимости наследственно-генетического фактора в возникновении заболевания у женщин показала, что она относительно и заметно уступает таковой при «мужском алкоголизме» - 5-8%, против 25-

50%. Некоторые авторы считают, что этот факт объясняется социально-психологическими условиями ограничения алкоголизации женщин в обществе. При этом, предрасположенность к заболеванию, обозначенная как «социальная наследственность», связана с передачей алкогольного опыта предшествующих поколений, особенно по материнской линии.

Авторами

Гузиков Б. М., Мейроян А. А. Алкоголизм у женщин. - Л.: Медицина, 1988.)

Шайдукова Л.К. Феномен «стигматизации» при женском алкоголизме // Современные проблемы психиатрии. – Казань, 1994 было также обнаружено, что при женском алкоголизме большую роль играют «проалкогольные» профессии; занятость в сфере обслуживания, питания, торговли, строительства, что объясняется доступностью алкогольных напитков, наличием алкогольных традиций, «мужским» видом труда. Вместе с тем, уровень алкоголизма выше у домохозяек, чем у работающих на современном производстве.

При женском алкоголизме чаще выявляется феномен «стигматизации» - наложение «клейма», «стигмы» на лиц злоупотребляющих алкоголем. Общественное мнение более сурово в отношении женщин, поэтому у последних чаще проявляются специфические феномены, существенно влияющие на клинику заболевания – чувство вины и стыда, низкая самооценка, поздняя обращаемость за помощью, скрытое употребление алкоголя, склонность к одиночному пьянству и т.д. Вероятно, что именно явлением стигматизации объясняется отсутствие явных социальных проблем у женщин – они реже попадают в мед.вытрезвитель, редко совершают противоправные действия в состоянии интоксикации, что может быть вызвано стремлением соответствовать женской роли, наличием социальных «табу». Вместе с тем, стигматизация женского алкоголизма порождает стремление завуалировать алкоголизацию, скрыть от окружающих, а это приводит к латентному, скрытому течению алкоголизма

К особенностям женского алкоголизма относится его связь с гормональными сдвигами в организме, усиление симптоматики в предменструальной период, во время менопаузы, что объясняется авторами не только биологической перестройкой в женском организме, но и появлением комплекса психофизических нарушений в эти периоды.

Было выявлено, что у женщин чаще, чем у мужчин отмечались соматические осложнения алкоголизма – гепатиты и циррозы, соматоневрологические последствия заболевания – невриты и пеллагра. Исследования показали, что если среди мужчин смертность была в три раза выше, чем в общей популяции, то у женщин она превышала в шесть раз. Причинами смерти кроме соматической патологии являлись несчастные случаи, самоубийства – было обнаружено, что частота суицидальных попыток в период выраженности абстинентных проявлений у женщин была значительно выше, чем у мужчин. Вероятно, немалую роль в этом сыграли психологические особенности и психопатологические факторы, сопутствующие женскому алкоголизму – невротические проявления в виде депрессий, навязчивостей и фобий, психосоматические расстройства, специфические преморбидные особенности женщин

Взаимосвязь алкоголизации женщин с проблемами в сексуальной сфере стала предметом исследования как зарубежных, так и отечественных авторов. Изучение велось в нескольких направлениях. Изучались аспекты полоролевой идентификации женщин, так возникла теория, что алкоголизм – «мужское заболевание» - у женщин является проявлением их маскулинности, скрытой или явной, подсознательной или осознанной. Нарушение половой идентификации может быть врожденным, и тогда алкоголизация является как бы дополнительной ее характеристикой, а демонстрация мужского поведения является имманентным свойством этих женщин, утверждали одни авторы.

Мнение других исследователей склонялись к тому, что маскулинизация «женщин-алкоголиков» была приобретенным свойством, так как они были вынуждены изменить свою половую роль в соответствии с внешними

обстоятельствами - одиночеством, потерей социальных женских ролей супруги, воспитательницы, половой партнерши, «хранительницы очага» и т.д.

Другим направлением изучения сексуальной сферы стал подробный анализ полового анамнеза женщин, злоупотребляющих алкоголем.

Исследования показали, что сексуальная жизнь у подобных женщин была весьма проблемной, что объяснялось наличием в анамнезе большого числа изнасилований, инцестов. **Ильина С.В. Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личностных расстройств и алкогольную зависимость. //Вопросы психологии.1998. №6..**

При сравнении женщин, перенесших в прошлом насилие, из которых часть страдала алкоголизмом, а другая нет, было выявлено наличие сексуальных проблем в обеих группах, однако поведение пациенток было различным. «Женщины-алкоголики» использовали алкоголь для устранения сексуальных нарушений, облегчая получение желаемого в алкогольной ситуации. «Женщины-трезвенники» относили свои нарушения к последствиям сексуального насилия, поэтому избегали как алкоголя, так и сексуальных контактов. Исследуя причины столь частого совпадения двух факторов – алкоголизации и изнасилований женщин был сделан вывод о том, что, не являясь причиной алкоголизма, негативный сексуальный анамнез определял течение заболевания у женщин, оказывая влияние на последующее алкогольно-сексуальное поведение.

Л.К. Шайдукова проанализировала ситуационно-личностные факторы в формировании алкоголизма у женщин и выделены четыре основных варианта развития заболевания. **Шайдукова Л.К. Роль ситуационно-личностных факторов в формировании и течении алкоголизма у женщин: адаптационный и субмиссивный варианты. Вопросы наркологии. 1997. № 3**

Шайдукова Л.К. Роль ситуационно-личностных факторов в формулировании и течении алкоголизма у женщин: фрустрационный и депривационный варианты. Вопросы наркологии. 1997.№4.

Наиболее часто (48,3%) встречается адаптационный вариант. При нем алкоголизм развивается, во-первых, при наличии средовых факторов нейтрального содержания (стойкие алкогольные традиции в семье, на работе), во-вторых, при нарушении супружеских взаимоотношений, разрешаемых с помощью алкоголя, и, в-третьих, при алкоголизме у мужа.

В первом случае эпизодическое употребление алкоголя женщиной добровольно, без принуждения сменяется систематическим, впоследствии вызывающим зависимость. Во втором случае играет роль невротический стиль взаимоотношения супругов, который может быть первичным и приводить к совместной алкоголизации женщины и мужчины с целью улучшения семейного микроклимата, и вторичным, связанным с предшествовавшими алкогольными проблемами у мужей. В третьем случае женщина добровольно участвует в алкоголизации мужа, мотивируя это в выражениях: "чтоб мужу меньше досталось" или "пусть лучше дома пьет". В итоге возможно формирование "алкогольной" семьи с проалкогольной супружеской адаптацией. При этом, было обнаружено, что ассортативность алкогольных браков среди женщин превышала таковую в пять раз у мужчин.

Принуждение мужей, зависимых от алкоголя, к употреблению женами спиртных напитков формирует субмиссивный вариант развития алкоголизма у женщин. Как правило, мужчина преследует две цели: первая - сознаваемая - сделать из жены друга-собутыльника, и вторая - часто неосознанная - желание обнаружить такой же "порок" у жены, что делает его собственный "дефект" не столь заметным. В основе этого лежит феномен ролевого выравнивания, придания однородности семейной системе. Алкогольная экспансия мужа в отношении жены объясняется желанием мужа достичь духовного и сексуального единства в семье. В данном случае алкоголь является средством внутрисемейной адаптации.

Фрустрационный вариант формирования алкоголизма у женщин развивается под воздействием психотравмы. Наиболее частой причиной является развод с мужем, и далее по степени убывания: смерть мужа,

большие материальные потери, увольнение с работы, измена мужа, значительное ухудшение здоровья женщины. Манифестация симптоматики алкоголизма при фрустрационном варианте наблюдается в первые 1,5-2 года после психотравмы.

Последний - депривационный вариант развития зависимости от алкоголя возникает в условиях длительного, хронического одиночества. При этом у 68,8% больных женщин в ситуации одиночества наблюдается стабильный депрессивный фон настроения.

Исследователи отмечают, что женщины страдающие алкоголизмом, испытывают больше затруднений в семейной жизни, чем «мужчины-алкоголики», так как их мужья менее терпимы к проявлениям заболевания у них. И если эти мужчины не являются психически больными, соматически беспомощными или также больными или также алкоголизмом, то разрыв происходит по их инициативе в десять раз чаще, чем в семьях, в которых алкоголизмом страдают мужчины.

Обсуждая особенности женского алкоголизма, исследователи отмечают трудности его лечения. Было замечено, что женщины редко обращаются за помощью самостоятельно и добровольно. Чаще всего, обращение за помощью бывает вызвано абстинентным синдромом, наличием прогулов, влиянием родственников, угрозой лишения материнства и лишь в последнюю очередь – собственным желанием с целью излечения. Это связано с тем, что у женщин, как правило, алкоголизм бывает вторичный, то есть он развивается на фоне каких-то других психических расстройств. И женщина начинает употреблять алкоголь как лекарство, чтобы купировать те первоначальные психические расстройства, которые у нее есть. Социальные требования слишком высоки, и женщина не в состоянии в них вписаться, вследствие этого у женщин развивается много невротических расстройств. Это проявляется в эмоциональной неустойчивости, в перепадах настроения, в довольно устойчивых депрессивных расстройствах, поэтому женщины начинают прибегать к употреблению алкоголя, чтобы все эти проблемы

снять. И когда она лечится от алкоголизма, насколько бы эффективно ни было лечение, все равно на первый план выступают те психические расстройства и те психологические проблемы, которые и послужили причиной того, что она стала употреблять алкоголь. Как только эти психологические проблемы и психические расстройства выходят на первый план, естественно, опять возникает потребность вот в этом традиционном лекарстве, которое она употребляла, и которое ей помогало. Возникает порочный круг.

Трудности лечения алкоголизма у женщин связаны так же с недостаточным осознанием заболевания, явлением «стигматизации» алкоголизма, препятствующим обращению женщин за помощью, большей индуцированностью женщин их супругами-алкоголиками, аффективной нестабильностью в период ремиссии.

Алкоголизм женщин тяжело сказывается на детях, приводя к заметным нарушениям, психики, которые требуют специальной коррекции: невротическим расстройствам, отчуждению, задержкам психического развития, девиантному поведению. Бессознательная идентификация себя с матерью в сочетании с наследственной предрасположенностью к алкоголизму социально-психологическая дезадаптация, обусловленная недостатками воспитания, часто приводят этих детей к злоупотреблению алкоголем и формированию зависимости от него. Взрослые дети больных алкоголизмом часто не осознают, что истоки многих их жизненных проблем семейном алкоголизме.

20 лет назад существовало представление о более позднем, чем у мужчин (на 8 лет), развитии болезни у женщин. В настоящее время возрастное распределение практически не отличается от мужчин, но у женщин отмечаются "короткие" или "сверхкороткие" сроки формирования важнейших симптомов алкоголизма.

В последние десятилетия выявлен рост числа молодых женщин в общем количестве больных алкоголизмом, а также более раннее по возрасту начало

приобщения девушек к употреблению алкоголя с 12-15 лет. Наряду с этим подчеркивается роль нарушений внутрисемейных отношений и семейной отягощенности алкоголизмом (преимущественно по материнской линии). При раннем начале формирования алкоголизма быстро прогрессирует социальная деградация, проявляющаяся в различных формах социального снижения.

Исследование клинических особенностей раннего женского алкоголизма подтвердило высокую наследственную предрасположенность к заболеванию, а также преобладание преморбидных истеро-эпилептоидных личностных особенностей в сочетании с аффективной неустойчивостью. Вероятно, совокупность этих факторов определяет развитие заболевания. Общей тенденцией может быть признано стирание половых различий, по сравнению с юношами-алкоголиками, как в плане предпочтения легких алкогольных напитков, так и сочетанного их употребления с другими психоактивными веществами, а также анозогнозии к имеющейся проблеме.

Мотивы употребления алкоголя у молодых женщин в основном гедонистические - «приятно провести время», субмиссивные - «быть как все», «почувствовать себя взрослым», реже атактические - «желание расслабиться, снять напряжение».

В среднем и пожилом возрасте также имеются свои особенности. В этой возрастной группе встречаются два типа алкоголиков: одни начали пить еще в молодости, другие – в старости; во втором случае, как правило к алкоголю прибегают в связи с реакцией на социальный или какой-либо иной стресс. У женщин во второй половине жизни приходится сталкиваться с формированием т.н. «вдовьего» алкоголизма, который в значительной мере обусловлен спецификой российских социально-демографических условий. Продолжительность жизни женщин в России в среднем на 14 лет больше, чем у мужчин. Нередко женщины в 50-60-летнем возрасте остаются одни после смерти мужа. Дети уже выросли и у них своя жизнь. Впереди – одинокая старость. К состоянию утраты самого близкого человека – мужа

присоединяется ощущение полной безысходности. В этом состоянии начинается алкоголизация либо в одиночку, либо с такими же овдовевшими и одинокими подругами. В инволюционном возрасте часто имеются признаки атеросклероза мозговых сосудов, что ускоряет переход алкоголизации в зависимость. Как правило, мотивы употребления алкоголя в этом возрасте чаще всего атактические - «желание расслабиться, снять напряжение», либо связанные с гиперактивацией поведения - «поднять настроение», «от скуки», «просто захотелось».

Фактор одиночества имеет значение при развитии алкоголизма не только в позднем возрасте. Как показали сравнительно недавние исследования, среди молодых женщин в возрасте от 24 до 32 лет после замужества или повторного вступления в брак отмечалось снижение употребления алкоголя, чем это было вне брака.

Одиночество в широком смысле - это изоляция от коллектива (выход на пенсию, увольнение в связи с безработицей, прекращение трудовой деятельности в результате инвалидизации и т.д.), изоляция от значимых близких (уход детей в связи с повзрослением, смерть родителей), супружеская изоляция (вдовство, развод). Одиночество в узком смысле - это отсутствие супружеской пары, семьи.

Исследуя проблемы взаимосвязи женского алкоголизма и супружеского одиночества, Л.К.Шайдукова исходила из градации «степени семейной изоляции», включающей 4 группы:

- 1) Полное одиночество (отсутствие супруга, проживание без детей);
- 2) Неполное одиночество (отсутствие супруга, проживание с детьми);
- 3) Сожительство;
- 4) Семья.

Были выделены также привычное и фрустрационное одиночество. Автор рассматривала супружеское одиночество не по формальным признакам (отсутствие официальной регистрации брака), а по наличию или отсутствию реальных семейно-супружеских отношений и семейных функций. К

основным семейным функциям были отнесены хозяйственная и воспитательная функции, к дополнительным - сексуальная, духовная и нравственная функции семьи. Объектом исследования являлись первые две группы больных, наличие сожительства исключало одиночество.

Выделенное привычное и фрустрационное одиночество имеет аналогию с хроническим и ситуативным, однако с существенным отличием - подчёркиванием погранично-психопатологического оттенка состояния одиночества. В этих случаях была обнаружена не просто смена одной ситуации на другую, а психотравматичное воздействие перемен с появлением комплекса психопатологических проявлений.

Критерии диагностики депрессивного расстройства предусматривают стойкое (не менее двух недель) снижение настроения или утрату интереса и удовольствия от любой деятельности, изменение в повседневной жизни в виде снижения работоспособности и социальной дезадаптации, изменения в соматической сфере.

Наблюдаемая у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголизмом, депрессия, относилась к категории ситуационно-реактивной, невротической, как аффективная реакция личности на свою двойную социально-психологическую неуспешность (алкоголизм и одиночество). Характерно, что у одиноких женщин, не злоупотребляющих алкоголем, депрессивные сдвиги в настроении отмечались заметно реже.

Важным представляется факт, что у абсолютного большинства женщин с алкогольной зависимостью, не зависимо от возраста и социальной принадлежности отмечается анозогнозия по отношению к собственной алкоголизации. Крайне редко больные алкоголизмом женщины в процессе беседы признаются, что «возможно, имеются некоторые проблемы». Установка на лечение у них, как правило, отсутствует.

Обобщая все вышеизложенное, можно сделать вывод о несомненной специфике женского алкоголизма, заключающейся в приоритетной значимости внешнеситуационных факторов по сравнению с наследственно-

генетическими, значении проалкогольной среды и профессий, наличии явления «стигматизации», что оказывает искажающее действие на клинику заболевания, влияет на обращаемость за лечением. К особенностям женского алкоголизма относится связь с гормональными сдвигами, наличие соматической патологии. Большое значение имеют преморбидные особенности женщин, и изменение личности в процессе заболевания, которые проявляются в «половом диморфизме» - усилении мужских или женских черт характера. В отличие от «мужского» алкоголизма в клинике заболевания у женщин звучит сексуальная тематика, проявляющаяся в наличии сексуальных проблем, связанных с явлениями сексуального насилия в отношении женщин. Определенное место занимают проблемы физического насилия. Наконец, к особенностям женского алкоголизма относятся его клинико-психопатологические характеристики, которые снижают эффективность лечения.

Орлова М.М. Анализ психологической зависимости от алкоголя в период молодого материнства. // Социальная психология в образовании: проблемы и перспективы. Материалы международной научной конференции. С. 90-93 СГУ Изд-во Научная книга 2007

предполагает, что алкогольная зависимость женщин в период молодого материнства обуславливается рядом причин как социальных, так и психологических, среди которых определяющими являются отсутствие социальной и семейной поддержки, искаженное самоотношение, созависимость, дефектная система копинг поведения.

Анализ мотивов потребления алкоголя у матерей детей дошкольников показал, что 75% имеют ту или иную степень зависимости от алкоголя. Об этом свидетельствует высокая и средняя степень мотивационной напряженности. Высокая степень зависимости выявлена у 25% женщин.

Т.е. основная масса женщин считает алкоголь неотъемлемым атрибутом жизни. Основные мотивы употребления алкоголя в этой группе социально-обусловленные, псевдокультурные, субмиссивные, гедонистические. Это говорит о том, что алкоголь входит в представления женщин о традициях,

культуре, получении удовольствия и сложности отказать референтной группе в совместном употреблении алкоголя. Эти факторы можно рассматривать как провоцирующие зависимость.

Анализ мотивов употребления алкоголя в группе женщин без мотивационного напряжения показал наиболее высокие результаты по шкалам социально-обусловленных и псевдокультурных мотивов.

Анализ мотивов употребления алкоголя в группе алкоголезависимых показал, что высокие результаты были получены по шкалам социально-обусловленных мотивов, атактических, псевдокультурных, гедонистических, субмиссивных. Можно сделать вывод о том, что формирование зависимости фиксируется желанием нейтрализовать негативные эмоциональные состояния употреблением алкоголя.

Таким образом, можно увидеть определенную закономерность формирования зависимости у молодых матерей.

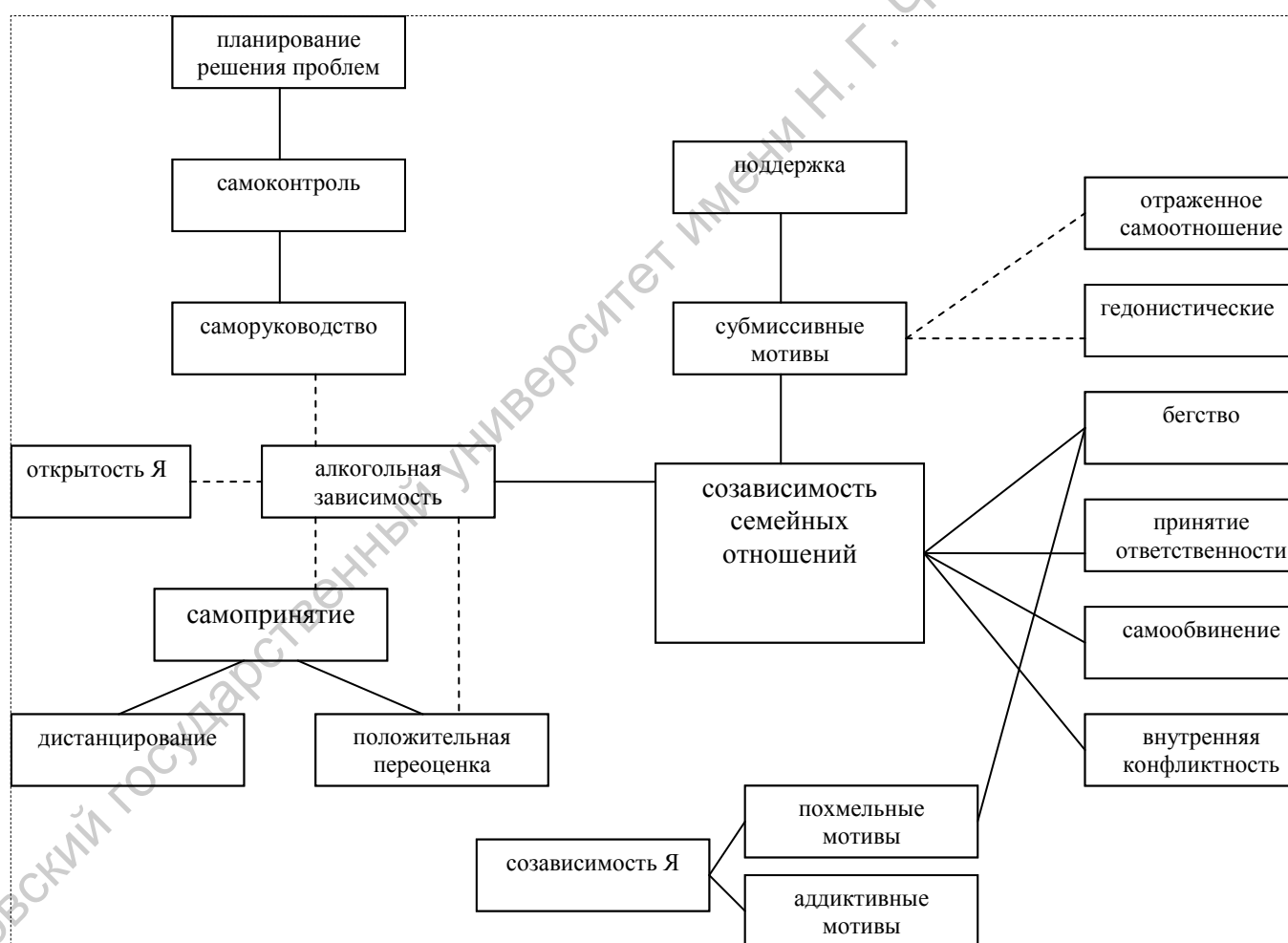
Первоначально женщины не имея достаточного иммунитета к алкогольным традициям, распространенным в нашем обществе, употребляют алкоголь в силу приобщения к алкогольной культуре. Затем возникает зависимость от референтной группы, невозможность отказать и научение получать удовольствие от употребления алкоголя. И, наконец, снятие эмоционального напряжения с помощью алкоголя, что формирует устойчивую зависимость от употребления.

Исследование самоотношения в группе зависимых и независимых от алкоголя молодых матерей показало статистически достоверное различие по шкалам: внутренняя конфликтность и самопринятие. Т.о. женщины не имеющие зависимости больше принимают себя и менее противоречивы.

Для группы зависимых женщин характерны алкогольные проблемы в родительских семьях (54%) т.е. они являются детьми алкоголиков и практически все они матери-одиночки. Интересно, что образование при исследовании зависимости значения не имело, в обеих группах более половины имеют высшее образование.

Исследование копинг-стратегий алкоголезависимых женщин показало, что для женщин, независимых от алкоголя характерны самоконтроль, поиск социальной поддержки, положительная переоценка, т.е. основная стратегия преодоления – поиск внешних и внутренних ресурсов. Для группы зависимых характерны дистанцирование, принятие ответственности на себя без внешней или внутренней опоры, что усугубляет чувство беспомощности и невозможность справиться с имеющимися проблемами.

Интересные закономерности были получены при анализе значимых корреляционных связей.



Выраженность алкогольной зависимости исследования женщин значимо отрицательно коррелирует с такими особенностями самоотношения как саморуководство, самопринятие, открытость «Я» и такой формой копинг-поведения, как положительная переоценка событий и положительно коррелирует с созависимостью в семейных отношениях. Это свидетельствует

о том, что основным ресурсом противостоящим алкогольной зависимости у женщин-матерей детей дошкольников является психологическая самостоятельность женщин.

Анализ опосредованных корреляций показывает, что саморуководство положительно коррелирует с самоконтролем и планированием решения проблем, а самопринятие положительно коррелирует с дистанцированием и положительной переоценкой событий.

Таким образом, внутренняя самостоятельность женщин дает им возможность осознанно решать проблемы, регулировать свои отношения и дистанцироваться от ситуаций и проблем не имеющих к ним отношения и, таким образом, защищать свое Я и находить позитивное в происходящем.

Интересно рассмотреть проблему созависимости в семейных отношениях и корреляций, связанных с этим механизмом.

Данный фактор положительно коррелирует с субмиссивными мотивами потребления алкоголя, с самообвинением и внутренней конфликтностью, а так же такими формами копинг поведения как бегство и принятие ответственности.

Полученные результаты могут быть объяснены следующим образом. Нарушение самоотношения, связанное с несамостоятельностью женщин, определяет такие механизмы копинг-поведения, как преувеличение собственной ответственности, которое, в свою очередь, повышает внутреннюю конфликтность и, таким образом, увеличивает созависимость в семейных отношениях. Второй механизм преодоления трудных ситуаций – бегство, которое, в свою очередь, коррелирует с субмиссивными и похмельными мотивами употребления алкоголя. Бегство как преодоление, по-видимому, связано с невозможностью отказаться от употребления алкоголя, вместе с тем такая степень алкогольной деструктивности как похмельные мотивы употребления алкоголя приводят к пассивному реагированию на трудную жизненную ситуацию, которой, в частности, является алкогольная зависимость.

Личная созависимость положительно коррелирует с наиболее патологическими мотивами потребления алкоголя – похмельными и аддиктивными.

Таким образом, зависимость от алкоголя связана с самоотношением женщины, ее самостоятельностью и осознанностью. Созависимость женщины в семейных отношениях является ключевым механизмом в формировании алкогольной зависимости у молодых матерей.

Психофармакологические эффекты

Многочисленные работы по выявлению специфики действия алкоголя на психику человека показывают, что психофизиологические эффекты острой интоксикации алкоголем чрезвычайно разнообразны у разных людей, очень вариабельны у одного и того же человека, зависят от дозы спиртных напитков и их вида, темпа всасывания, ритуала приема, исходного психического состояния, отношения к потреблению, веры в то или иное действие алкоголя и т.д. Вычлнить чисто фармакологическое действие трудно.

Действие любого психоактивного вещества с известными фармакологическими свойствами может перекрываться (до известных пределов) высшим уровнем психической регуляции. Алкогольная интоксикация стабильно обнаруживает к тому же билатеральный эффект: с одной стороны, алкоголь может изменять аффективное состояние в сторону улучшения, с другой - вызывает тревогу, депрессию и напряжение. Определенной точки приложения в организме алкоголь, по-видимому, не имеет, хотя отдельные структуры мозга более чувствительны к нему, а другие - менее чувствительны. Обнаружен, например, латерализованный эффект алкоголя, выражавшийся в большем угнетении правого полушария, по сравнению с левым. Как известно, функциональное "выключение" недоминантного полушария (правое у правшей) вызывает у людей состояние, похожее на эйфорию: оптимизм, смех, забывание всех неприятностей и т.д. При "выключении" доминантного по речи полушария (левое у правшей, чаще всего) возникает депрессивный тип эмоциональных реакций с ощущением приближающейся катастрофы.

Как нейронный яд, алкоголь оказывает влияние на все отделы нервной системы. Если несколько ранее алкоголь рассматривался как депресант ц.н.с., то в настоящее время он признается как общий депресант нервной системы в целом, в одной группе с анестетиками и инертными газами. В целом, как показывают нейрофизиологические исследования, спиртные напитки замедляют течение информационных процессов в нервной системе.

Нарушения сбора, обработки и хранения информации под действием алкоголя при употреблении небольших доз приводит к различным изменениям поведения. Новейшие исследования в области влияния алкоголя на вербальное научение, свидетельствуют о том, что его употребление приводит к различным и весьма тонким нарушениям когнитивных процессов. Установлено, например, что алкоголь вмешивается в процессы дифференциации, увеличивает рассогласование между внешними событиями и событиями генерируемыми изнутри. Иначе говоря, выпивка затрудняет различение фактов от фантазий. Например, в разговоре человек в состоянии опьянения плохо различает определенно выраженные мысли от намеков и не ясно выраженных мыслей. Агрессивное поведение, часто наблюдаемое при алкогольном опьянении, связано, как показывают исследования, с изменением восприятия "подстрекателя агрессии", когда человек реагирует на собственные мысли как на внешние события. Учитывая это, психотерапевты советуют при взаимодействии с опьяневшими людьми выражать свои чувства и мысли точно и определенно, не провоцируя агрессивные реакции.

Алкоголь действует как антагонист процессов консолидации следов памяти. Это касается и острой алкогольной интоксикации, и хронической.

Роль личности в развитии алкоголизма

В преморбиде 2/3 больных хроническим алкоголизмом имели еще хотя бы один психиатрический диагноз.

Многие зарубежные исследователи, не причисляя "будущих алкоголиков" к какой-либо нозологической группе психических девиаций находят у них эмоциональную незрелость, неспособность преодолеть трудности, созерцательность, чувство неполноценности, негативный опыт детства" и последующую неудачливость во взрослой жизни, импульсивность и конформность, низкую самооценку. Большую роль в развитии алкоголизма отводят таким особенностям личности, как конформность и внушаемость, сочетание которых увеличивает риск заболевания.

Неудачные попытки найти и однозначно описать определенную констелляцию или паттерн, личностных черт тех, кто становятся алкоголиками, привели к необходимости дифференцировать понятие "личность алкоголика", по крайней мере, на два понятия: "личность клинического алкоголика" и "личность преалкоголика". Ретроспективные исследования показывают, что личность будущего алкоголика очень часто сталкивается с тяжелыми эмоциональными проблемами уже в первые годы жизни: депривация - лишение эмоциональной поддержки, психических стимулов. Как правило, в семьях будущих алкоголиков имеется большое количество разводов, но особенно - конфликтов между супругами с неконструктивными способами их разрешения, нарушения контактов процесса социализации приводит к различным "социальным девиациям", недостатку самокритики, тревоге, чувству вины, отсутствию стабильных

интересов к удовлетворению в повседневных занятиях, предпочтению ближайших целей перед дальними и т.д. Социальная тревога развивается в ответ на отказ родителей от руководства и контроля в повседневных делах своего ребенка (гипоопека). Часто в анамнезе лиц, склонных к алкоголизму, выявляют так называемый альтернативный тип эмоциональных отношений со стороны родителей, особенно матери. Непостоянное, "беспричинно" (с точки зрения ребенка) меняющееся отношение приводит к отказу от попыток понимать причинно-следственные связи своего поведения с эмоциональными состояниями и настроением, что создает иллюзию неконтролируемости изменений психического состояния: "со временем все само по себе изменяется", а если этого не происходит, то нет никакого другого способа изменить настроение в лучшую сторону, кроме искусственного ("инструментального") способа, например, выпивкой.

Отчужденность подростков и детей от мира взрослых приводит к развитию невосприимчивости мира, духовных ценностей, общественных идеалов, признанных стандартов поведения и направленности деятельности, открывает путь к нормам и ценностям "субкультуры", задержка роста самосознания.

Для злоупотребляющих алкогольными напитками характерны следующие личностные особенности

1. *Сниженная переносимость затруднений.* В трудных жизненных ситуациях вместо поиска правильного решения у человека зачастую возникают сильные эмоциональные реакции обиды, раздражения или гнева. Фрустрирующие факторы рассматриваются как направленные непосредственно и исключительно на него. Сниженная переносимость затруднений приводит к бегству от разрешения реальных проблем посредством приема алкоголя.

2. *Комплекс неполноценности.* Он возникает в детском возрасте в связи с физической и психической беспомощностью ребенка. В дальнейшем он постоянно стимулирует к преодолению, поскольку жизненными целями человека (по Адлеру) являются стремления к интеграции и власти. При позитивной направленности чувство неполноценности приводит к различным проявлениям компенсации или гиперкомпенсации. При ее отсутствии может возникнуть невроз или зависимость от алкоголя. Прием спиртного на время

устраняет личные, семейные или профессиональные неурядицы, но способствует возникновению стремления к повторной алкоголизации. В качестве фантома гиперкомпенсации у человека возникает маска «сильного человека» или «бесшабашности», за которой скрывается зависимость от сильных личностей (родственников, сотрудников и т.д.).

3. *Незрелость, инфантильность.* У злоупотребляющих алкоголем отмечается эгоцентризм и неспособность по-настоящему проявлять доброе отношение к людям. Их характеризует постоянная потребность в одобрении, похвалах и почитании. Семья рассматривается как спасение от «тягот жизни», поэтому мужчины нередко женятся на женщинах постарше. Часто возникает склонность к компенсаторной мечтательности и бесплодному фантазированию, на которое уходит немало времени. Алкоголики поглощены нереальными планами на будущее, часто являющимися темой бесед с собутыльниками. Таким образом, в целом их поведение отличается непродуктивностью, на пути к выполнению конкретных, полезных действий появляются непреодолимые препятствия. Жизнь постепенно сосредоточивается на событиях прошлого (алкогольная амнезия). При выборе в жизненных ситуациях они стремятся получить наслаждение немедленно, сколько-нибудь значительные сдерживающие мотивы отсутствуют. Все это приводит к пассивно-безразличному отношению к окружающему или агрессивности со вспышками раздражения и гнева. По мере развития алкоголизма им все труднее устанавливать стойкие эмоциональные контакты со значимыми людьми. Внешнее впечатление общительных, компанейских и жизнерадостных людей быстро исчезает, длительное общение обнаруживает равнодушие, легко сменяющееся раздражением и взрывчатостью, однообразие поведения и суженность интересов.

4. *Относительная интеллектуальная недостаточность.* Часть проблемных пьяниц отличает исходное, нередко приобретенное в силу неблагоприятного семейного воспитания, недоразвитие личности. Это

примитивный уровень психического развития, проявляющийся в слабости духовных интересов, отсутствии интеллектуальных запросов, увлечений и четких нравственных норм. Часто образовательный ценз и трудовая квалификация алкоголика невысоки. По данным ряда авторов, к злоупотреблению алкоголем предрасположены недостаточно организованные личности, неспособные справляться с тревогой, напряжением социально приемлемыми путями. Высказывалось мнение, что внушаемость, ранимость, тревожность, неприспособленность к практической жизни, инфантильность предрасполагают к алкоголизму

Изучение личности больных алкоголизмом с применением ММРІ показало, что группа больных отличается от контрольной группы по таким факторам, как “психопатия”, “депрессивность”, “шизоидия” и “ипохондричность”. Необходимо подходить с осторожностью к интерпретации данных, полученных при обследовании больных, у которых давно существующее заболевание могло привести к изменениям личности. Изучение лиц, которые позднее стали “проблемно пьющими”, показало, что им свойственны неконтролируемая импульсивность, экстравертированность, подчеркивание своей мужественности, низкая продуктивность. Юноши характеризовались как беспокойные, повышено чувствительные и легко подверженные социальным влияниям. Эти данные согласуются с неоднократно отмеченным фактом наличия синдрома детской гиперактивности как в анамнезе больных алкоголизмом, так и у детей больных алкоголизмом родителей. Синдром детской гиперактивности с плохой способностью к концентрации внимания, импульсивностью и возбудимостью, отвлекаемостью и низкой толерантностью к фрустрации - довольно часто отмечаемая рядом авторов особенность “преалкогольной” личности, и поэтому этот синдром вошел в число факторов риска развития зависимости.

Исследования личности больных алкоголизмом, проведенные в рамках психодинамического направления, можно резюмировать следующим

образом. Для личности больных алкоголизмом типичны следующие особенности:

- слабость Эго с недостаточной идентификацией собственной половой принадлежности, психопатические черты, враждебность, негативная концепция собственного Я, незрелая импульсивность, низкий уровень толерантности к фрустрациям;
- усиление возбудимости, повышенная чувствительность, склонность к ипохондрии, страх смерти;
- выраженная полезависимость, что увеличивает пассивность, общую эмоциональную зависимость;
- невротические признаки с проявлением страха, депрессии, истерии и склонности к ипохондрии.

Неоднократно отмечалось, что больные алкоголизмом по сравнению со здоровыми более склонны к агрессии, обладают меньшим самоконтролем. Во время психотерапии больные склонны к развитию "сверх-Я". Констатировали также склонность больных алкоголизмом ко лжи. При уточнении этой последней особенности оказалось, что больные алкоголизмом по сравнению с другими больными терапевтического профиля лгут даже меньше во всем, за исключением области, связанной с их алкоголизмом.

Акцентуации характера

Люди, занятые значимой для них работой, получающие удовлетворение в межличностных контактах и вознаграждение за свою деятельность, оживленно проводят свободное время и редко становятся алкоголиками или "интоксикантами". Поиск немедленного удовлетворения, немедленной перемены сознания - убежище людей, скучающих и лишенных фантазии и воображения. Особенно трудная ситуация для таких личностей - свободное от профессиональной деятельности время, которое необходимо заполнять какой-либо другой ("непродуктивной") деятельностью. Большую часть времени такие люди тратят на просмотр телевизионных программ и принятие пива.

Гипертимный акцентуированный тип

Эти пациенты отличаются особой живостью, кипучей энергией, повышенным настроением, оптимизмом и выраженным стремлением к активности в различных сферах деятельности. Обладая высокой психической и физической выносливостью, умением легко принимать на себя ролевые функции, быстро устанавливая контакты с людьми, они, как правило, хорошо адаптируются к жизненной микросоциальной среде. Алкоголизм протекает у них по-разному, в зависимости от возраста, при котором началось систематическое злоупотребление алкоголем.

Лица зрелого возраста, 35-45 лет, обычно уже достигли довольно высокого уровня социального развития, имели высокую квалификацию, профессиональные навыки, устойчивое социальное положение, материальное благополучие, широкий круг знакомств.

Употребление алкоголем у них всегда происходило в компании близких по возрасту и профессии людей, начиналось обычно с момента начала трудовой деятельности и расширения сферы общения. У них трудовой и "алкогольный" стаж один и тот же. По материалам наших исследований, для них свойственна изначально высокая толерантность к алкоголю (300-500 г. водки), отчетливая эйфория во время алкогольного опьянения, которая сопровождается усилением речевой и поведенческой активности, эмоциональной экспрессией. Эффект растормаживания влечений у них хорошо заметен, особенно при употреблении средних доз алкоголя.

Соматические последствия предыдущих алкогольных интоксикаций представлены субъективно малозначащими изменениями в физическом самочувствии. Даже после приема большого количества спиртного у них резко возникает постанкологическая сомато-психическая астения. Мотивы потребления алкоголя отражают широкое использование спиртных напитков в сфере социальных контактов, особенно "деловых" и профессиональных. Они не только стремятся "социально адаптироваться" с помощью алкоголя, но и активно "адаптируют" других людей к собственной деятельности посредством выпивки ("нужных людей", добиваются "дружбы" после "дружеской попойки". На втором месте у них мотивы получения психофизиологического удовольствия) или, как они сами об этом говорят, "для расслабления" и "удовольствия посидеть в компании".

Высокая социальная активность, потребность "во все вникать", участвовать во множестве дел, потребность найти применение избытку энергии, необыкновенная общительность этих пациентов в условиях "алкогольного климата" в первые же годы их трудовой деятельности приводили к значительному расширению поводов к приему алкоголя.

У большинства из этих пациентов злоупотребление алкоголем протекало по типу "менеджерского", когда спиртные напитки вовлекаются в профессиональную деятельность как "эффективное средство" установления связей, совершения сделок, взаимовыгодных услуг, для разрешения различных проблем и межличностных трений в производственной сфере,

быту и при проведении свободного времени. Такое использование алкоголя получило название "социальной смазки".

Нередко прием алкоголя происходил прямо на производстве в рабочее время или по окончании работы, по "производственной необходимости", со слов пациента.

Часто у этих пациентов наблюдались периоды ежедневного приема алкоголя по указанным выше мотивам. Любопытно, что некоторые устраивали "выходные дни" в выпивках именно в выходные дни - по субботам и воскресеньям, когда находились дома и не занимались делами. Суточная доза при ежедневном потреблении алкоголя доходила до значительных количеств (700-800 г водки), что само по себе могло приводить к тяжелому опьянению. Однако дробный прием этого количества спиртных напитков, начиная с обеденного времени и до позднего вечера ("важное совещание"), не вызывал сильного опьянения. Только один из обследованных побывал однажды в вытрезвителе. На первой стадии болезни, когда формируется отчетливо психологическая зависимость от алкоголя, его потребление становится частью стиля жизни, учащаются и систематические выпивки, усиливается потребность в спиртном, но это не сразу приводит к ощутимым социальным последствиям. Необходимо отметить, что в связи с высокими деловыми качествами гипертимных личностей, которые ослабевают из-за пьянства, но не устраиваются на данной стадии алкоголизма, администрация предприятий проявляет большую терпимость к их пьянству. Негативные последствия злоупотребления алкоголем переносятся в семейную сферу, где пьянство может становиться источником многочисленных конфликтов, раздоров и даже разводов. Основная причина обращения за наркологической помощью у данных пациентов - это семейные драмы, ультиматумы жен, желание за счет лечения восстановить семью. Находясь на стационарном лечении, они "попутно" лечат "расстроившиеся нервы", усталость и "измотанность" и обязательно укрепляют половую потенцию. Сексуально-брачная тематика один из немногих "терапевтических крючков" в работе с этими пациентами.

Испытуемые более молодого возраста (20-25 лет) из этой подгруппы были заняты на менее квалифицированной работе, социальные связи и интересы у них были не такие широкие как у описанных лиц. Повышенное стремление к деятельности, неутомимая энергия проявляются главным образом в сфере свободного времени и развлечений. Окружающие и знакомые часто отзывались о них примерно так: "заводной парень", "рубаша - парень" и т.д. Они знакомились с алкоголем рано (10-13 лет); с 16-17 лет выпивали уже регулярно. Формы потребления алкоголя - "по пути с работы", "после работы" - всегда в компаниях. Отдых, развлечения почти постоянно сопровождаются выпивками. Для них также характерна изначально высокая толерантность к алкоголю, малая выраженность сомато-психических последствий алкогольной интоксикации. Мотивы потребления также обусловлены потребностью в социальном общении существующих в их микросреде норм. У них также отмечались мотивы активизации поведения за счет выпивки, желание обострить жизнеощущение, совершить что-нибудь

рискованное, "молодецкое", "удалое" и т.д. По этим мотивам они принимали участие в выпивках в асоциальных компаниях. Из всех обследованных этой подгруппы отмечался особый интерес к асоциальным личностям, "блатному жаргону и лирике", мелкие хулиганские поступки в анамнезе и т.д.

Эйфория, вызванная приемом алкоголя, проявлялась ярко, также сопровождалась еще большим повышением речевой активности, моторной и поведенческой. Отмечается выраженный эффект растормаживания влечений. В состоянии алкогольного опьянения они любили принимать участие в рискованных поступках - "испытывать себя". Социальные последствия частых выпивок у них более значительны, чем у предыдущих пациентов: прогулы, конфликты с администрацией предприятий, выговоры, увольнения из-за систематических прогулов и выпивок на рабочем месте, показания в вытрезвитель. Темп формирования психической зависимости в данных случаях был более высокий.

Субмиссивный акцентуированный тип

По своим характерологическим особенностям эти пациенты значительно отличаются от гипертимных алкоголиков. Они безынициативны, пассивны. Обычно у них нет определенных целей в жизни. Окружающие часто называют их "слабовольными", "бесхарактерными" людьми.

Низкая психическая и социальная активность у них сочетается с легкой податливостью, зависимостью от ситуационных влияний среды, других людей, авторитетов, лидеров. Они не любят "портить отношения" с другими людьми, не могут открыто проявлять агрессивные чувства, бороться за самоутверждение. Перед "сильными личностями" и авторитетами сникают, начинают чувствовать себя ничтожными и побежденными заранее нередко заискивают. Покорностью и соглашательством пытаются смягчить гнев тех, кто сильнее их.

В беседе с врачом они держатся робко, неуверенно, стараются вызвать к себе сочувствие. Обычно врачу не возражают, соглашаются почти со всем, поддакивают, в споре слабо защищаются, не отстаивают свою точку зрения. Их привычный способ защитного поведения легко проверить (выявить) при "психологическом нападении" - молча смотреть прямо в глаза, например, сближать дистанцию. Они, как правило, ретируются, сжимаются, как бы стараясь стать еще меньше, незаметнее, слабее. Если начать активно выражать сочувствие, вникать в их "тяжелую жизнь" - они облегченно вздыхают, мимика и жесты становятся смелее и выразительнее. Внимательно следя за реакцией врача, не упуская случая заискивающе улыбнуться и сказать что-нибудь комплиментарное. Почувствовав себя в некоторой безопасности, они начинают жаловаться на неудачливость, слабохарактерность, обвиняют своих дружков в том, что из-за них они втянуты в пьянство, соседей, которые "заставляют" пить, жен, которые "подавляют волю" и не дают почувствовать себя мужчиной.

Аналитические сведения показывают, что эти личности еще в детстве, задолго до развития алкоголизма, отличались пассивностью, покорностью, послушанием, избегали открытой борьбы, легко подчинялись и соглашались с другими. Интересно, что у многих из этих пациентов матери были властными женщинами, которые больше наказывали, чем поощряли, а отцы почти не участвовали в воспитании сыновей. Несколько человек из этой подгруппы оставались привязанными к матери до 40 лет, не были женаты, на лечение их приводили матери, как малых детей.

Субмиссивные пациенты могут в то же время хорошо приспособляться в жизни, не претендуя на "высокие жизненные цели". Это тип личности, который приспособливается пассивно, путем подчинения.

Употребление алкоголя у субмиссивных пациентов обычно начинается с начала трудовой деятельности и самостоятельной жизни, т.е. в 18-20 лет. Длительность перехода от "бытового пьянства" к ранним стадиям алкоголизма от 1,5 до 7 лет. Причины злоупотребления алкоголем они обычно объясняют влиянием компании и существующими "традициями": "Так принято", "куда от нее (водки) денешься", "все ведь пьют" и т.д. Они легко затягиваются в алкогольные микрогруппы, не могут отказаться от выпивки, "чтобы не испортить отношений", чтобы "не считали бабой" или просто "за компанию".

Длительное время пьют, подавляя отвращение к алкоголю, но пьют "потому, что нельзя не пить - так надо". Они легко пьянеют. В состоянии опьянения чувствуют себя более уверенно, оживляются и любят "поговорить по душам", стремясь получить психологическую поддержку со стороны пьющих компаньонов. На дозах выше средних (более 300 г. водки) становятся вялыми, сонными, расслабленными и предпочитают скорее лечь спать. Явления посталкогольной соматологической астении у этих пациентов выражены ярче, чем у гипертимных: астения, вялость, усталость, головные боли, тошнота, потливость и т.д. Иногда под давлением собутыльников они начинают "опохмеляться" еще до того, как у них формируется синдром похмелья. Самостоятельно никто из них не опохмелялся, наоборот, после выпивки на следующий день "отлеживались", испытывая резкое отвращение к алкоголю. Такие личности втягивались в злоупотребление алкоголем постепенно, им начинало нравиться состояние алкогольного опьянения, оживление и веселье в компании, "атмосфера дружелюбия и согласия". Многие признавались, что только в таких компаниях они чувствуют себя уверенно, "не хуже других".

В клинической беседе выявились низкий уровень осознанности мотивов опьянения. Самостоятельно к наркологу никто не обратился. При твердой антиалкогольной установке "доминирующей супруги" мужа могут прекратить употребление алкоголя на длительное время пока "бдительность" жены остается на достаточно высоком уровне или пока она сама не спровоцирует мужа на выпивку, "награждая" за хорошее поведение и трудолюбие в домашнем хозяйстве "официальным" разрешением на выпивку. Больные рассказывали, что соблюдая абсолютную трезвость на протяжении

многих месяцев, они часто слышали от жен обидные замечания по поводу того, что те не могут "как мужики" пить "в меру", особенно когда они вместе бывали в гостях.

Демонстративный акцентуированный тип

Эти пациенты похожи в некоторых чертах на субмиссивных, у них также имеются пассивно-созерцательные установки в жизни, пассивное приспособление к ней. Почти все они чувствуют себя "неудачниками", легко поддаются влиянию других людей, особенно тех, кто "не скрывает" своей симпатии к ним. Они зависимы от ситуационных влияний и пасуют перед трудностями. В отличие от субмиссивных демонстративные личности, несмотря на пассивность, не подавляют у себя стремление к самоутверждению, к установлению хотя бы внешней картины влияния и власти над окружающими людьми и добываются этого путем драматизации поведения. Они стараются произвести на окружающих хорошее впечатление, стремятся к повышенной оценке в свой адрес, умеют в нужный момент войти в роль, любят быть в центре внимания.

На приеме у врача они стараются произвести выгодное впечатление о себе, несколько рисуются, любят поговорить на отвлеченные темы, иногда читают наизусть "любимых поэтов", то становятся грустными и несчастными, то подчеркнута веселыми, то прочими и послушными, то принимают позу судьи или обличителя. Поведение у них выразительное, речь живая, образная. Некоторые из них очень многословны, выражаются витиевато, вычурно. Уже на первой беседе стремятся сократить дистанцию с врачом, затевают откровенные разговоры. Они чувствительны к похвале и плохо переносят их легко расположить к себе.

Больными алкоголизмом себя не считают, отрицают многие проблемы, связанные со злоупотреблением спиртным, пытаются "не замечать их". Обычно глубоко уверены в том, что попали на прием к психиатру не по поводу алкоголизма, а из-за "тяжелых жизненных обстоятельств". В некоторых случаях стремятся изобразить себя незаслуженно забытыми. Тогда могут театральничать себя: "Да, я алкоголик, опустившийся тип...", но при этом подчеркивают, что они "не такие, как алкоголики", а душевно более тонкие, "интеллигентные". Эти личности обычно выпивали в компании, очень редко в одиночестве. Еще до начала систематического потребления алкоголя большое значение придавали ритуалу выпивки, испытывали желание научиться разбираться в марках вин, "знать толк" в этом. У двоих были небольшие коллекции алкогольных этикеток. Некоторые больные начинали пить, подражая литературным героям, авторитетным для них личностям.

В начале злоупотребления у них обычно не высокая толерантность к спиртному и предпочтение отдается небольшим дозам. "Втягиваются" постепенно, проходит от 3 до 5 лет с начала систематического потребления алкоголя до развития психической зависимости. В мотивах потребления

алкоголя обычно выявляются мотивы получения психофизического удовольствия от выпивки, причем это удовольствие не мыслится без особой "эстетизации" самой выпивки: музыка, пища, гетеросексуальные контакты и т.д. За этой внешней стороной мотивации потребления алкоголя можно найти и более глубокие причины "алкогольного стиля жизни" - неудовлетворенность высоких притязаний личности. При этом часто выясняется, что личность, имея такие высокие притязания, не стремится их активно осуществить, а иногда даже просто боится достижения успехов.

Например, в одном случае на групповой психотерапии у пациента В., 35-летнего инженера, которые впервые попал на лечение по поводу алкоголизма, выяснилось, что отрицательные последствия потребления алкоголя - прежде всего социальные последствия - позволения В. уклоняться от деятельности, требующей полной ответственности и морально-психологического напряжения, отодвинуть "жизненный успех", которого он бессознательно боялся.

Тимолабильный акцентуированный тип

Главная отличительная черта этих пациентов - отмечаемые уже с юношеского периода колебания настроения и большая зависимость от них: периоды хорошего настроения, душевного подъема, жизнерадостности, активности сменяются состоянием "хандры", скуки, бездеятельности, пониженного настроения, грустью. Однако выраженных колебаний настроения, его быстрой и беспричинной смены, как правило, не наблюдалось.

По анамнестическим сведениям, у пациентов данной группы смена настроения больше зависит от ситуационных моментов, во всяком случае, эта смена всегда связывается больными с какими-то внешними обстоятельствами, причинами и меньше зависит от эндогенных факторов. Эти пациенты, как правило, общительны, доброжелательны, легко привязываются к людям, мягки, отзывчивы, заботливы, откровенны, располагают к себе искренностью, непосредственностью. Любят справедливость, совестливы, верят "в лучшее", порой наивны и легковерны, склонны в некоторой степени идеализировать окружающий мир и людей, поэтому часто разочаровываются. Они чувствительны "ко злу", эмоционально ранимы, остро переживают всякую несправедливость. Готовы на защиту слабого, хотя сами порой нуждаются в защите, способны на самопожертвование. Тяжело переживают неудачи, конфликты, несчастья, но довольно быстро "отходят". Легко испытывают чувство вины, склонны к моральному самоосуждению, поэтому стараются при плохом настроении не оставаться в одиночестве, наедине со своей совестью, ищут контакты с другими людьми, при общении с которыми забывают свои горести. Эти личности работают или учатся с подъемами и спадами, могут трудиться самозабвенно без устали, чтобы сделать нужное, после чего у них может наблюдаться длительный спад продуктивности (особенно если не все

выходит хорошо), состояние скуки, "апатии". В такие периоды у них легко нарушается ритм сна и бодрствования: по ночам не могут уснуть, читают "в запой", днем отсыпаются, у них ухудшается аппетит, появляется вялость.

Интересуются "сразу всем" - многими вещами.

Глубоко сочувствуют людям, их горю, их проблемам, становятся "домашними психотерапевтами": мирят поссорившихся, вселяют веру в отчаявшихся. Их часто просят "повлиять на жену", "поговорить с неговорчивыми родственниками" и т.д. Все эти мероприятия, как правило, не обходятся без потребления спиртных напитков.

К алкоголизму их проводит отсутствие определенных целей в жизни, неудачно складывающаяся личная жизнь, отсутствие любимого занятия или необходимость заниматься делом, к которому они не испытывают интереса, пьющие друзья, которые "не могут без них обойтись". Выпивают преимущественно в компаниях, собирающихся по разным поводам. Многие из этих пациентов были членами не одной, а нескольких "алкогольных микрогрупп". Иногда после эмоциональных переживаний, "срывов", неудач или при "хандре" выпивали и в одиночку.

Многие отмечали, что при одиночном употреблении алкоголя у них иногда еще больше усиливалось неприятное эмоциональное состояние, тревога, чувство вины.

Состояние алкогольного опьянения делало их еще более доброжелательными, "отзывчивыми". Как многие из них говорят: "все становятся близкими друзьями", они "всех любят", готовы поделиться последней рубашкой с новым "другом". Обычно у них не наблюдается растормаживание влечений под действием алкоголя, они довольно хорошо контролируют себя при легкой и средней степени опьянения. По этой причине часто помогают добраться до дома более опьяневшим "друзьям", "спасают" опьяневших от различного рода "преследований" и "бедствий", а заодно попадают в вытрезвитель - "за компанию" - не хотят бросать друзей в беде. Они любят поговорить с захмелевшими друзьями, "открыть душу", помечтать на различные темы. Опьянение в кругу приятелей дает сознание своей нужности другим людям. В трезвом состоянии стыдятся за себя, за частые выпивки, "за безволие", бичуют себя. Нередко прием алкоголя мотивирован желанием снять эти угрызения совести и тревоги. В то же время почти все верили в то, что самостоятельно смогут прекратить выпивки.

Психическая зависимость от алкоголя у тимолабильных личностей может формироваться в достаточно быстром темпе, иногда за 1-2 года, в среднем по группе - около 4 лет. Толчком для начала злоупотребления алкоголем чаще всего служат тяжелые жизненные обстоятельства, которые создаются или же самими (поскольку в трудных ситуациях они редко проявляют активные попытки что-либо изменить).

Говоря образно, они строят себе теплицу, которая защищает от холодных порывов ветра, дождя, снега, но в которой вырастают самые слабые и нежизнеспособные побеги, цветущие только в этой самой теплице; они хорошо адаптируются к "алкогольной микрогруппе", их "любят", не

могут без них обойтись. Защищая, эта группа в то же время не дает им возможности по-настоящему взрослеть, останавливает личностный рост, затягивает в алкоголизм.

Тимолабильно-сверхточный акцентуированный тип

Похожие на тимолабильных пациентов, они отличаются особой пунктуальностью, стремлением "все учесть заранее", предугадать возможные варианты хода событий. Они испытывают определенные трудности при принятии решения, особенно в ситуации, в которой появляются "сбивающие" эмоциональные факторы: обилие разноречивой информации, сложные комплексные переживания у близких людей. Люди этого типа переживают чувство собственной неполноценности, которое стараются преодолеть весьма характерным образом - стремлением "все делать без ошибок", "все предусмотреть", чтобы не попасть в психологически трудную ситуацию, но как это в жизни бывает, именно они и попадают с большей вероятностью в эти самые трудные ситуации.

Они плохо переносят состояние эмоционального напряжения, стресс.

У всех пациентов данной подгруппы алкогольная зависимость формировалась под влиянием многократных психотравм (часто семейных).

Аутистический акцентуированный тип

У этих людей в основном существуют проблемы контакта с окружающими людьми, которые они пытаются "решить" с помощью алкоголя. Они отличаются более или менее выраженной замкнутостью, которую всеми силами старались преодолеть, погруженностью в свой внутренний мир фантазий, представлений, который имел для них большое эмоциональное значение. Это, однако, не шизоиды. Они были достаточно адаптированы в жизни, у них не было какой-то вычурности в поведении и мышлении. В то же время они испытывали сильную потребность в расширении и упрочении контактов и в ряде случаев были способны на очень близкие, но избирательные контакты.

В детские годы они, как правило, были одинокими, тихими, угловатыми и неловкими в играх, предпочитали спокойную деятельность. Рано становились любителями чтения.

В юношеские годы эти пациенты сталкивались с трудностями в гетеросексуальных контактах.

К алкоголю они прибегали довольно рано - в 14-16 лет, быстро обнаруживали, что выпивка в какой-то степени устраняет их застенчивость, делает "коммуникабельнее", позволяет более свободно общаться. Быстрота развития психической зависимости от алкоголя различна в данной подгруппе: от 1 года до 7 лет от начала систематического потребления спиртных напитков. Характерно первоначальное предпочтение малых доз. Выпив, они чаще всего занимались чтением или просто мечтали в

одиночестве. При таком одиночном употреблении алкоголя у них появлялись фантазии, компенсаторно противоположные неприятным переживаниям из-за своей некоммуникабельности. Эти фантазии были оторваны от жизни.

Смысл пьянства конкретного человека может быть понят глубоко только в контексте культурно-исторического развития общества, в котором человек формируется как личность, в контексте конкретных микросоциальных условий, где происходит его социализация и усвоение культурных ценностей.

3.2. СОЗАВИСИМОСТЬ

Созависимость определяется как психологическое расстройство, причиной которого является незавершенность одной из наиболее важных стадий развития в раннем детстве – стадии установления психологической автономии.

Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд.

Пристрастие – это навязчивая, принуждающая или физическая зависимость от вещи или человека или поведения, которое обеспечивает временное чувство облегчения.

Облегчение, которое приходит от придания объекту пристрастия, никогда не продолжается долго, но разрушающие эффекты, повреждение отношений, чувство стыда и вины, которое приносит пристрастие, являются долго длящимися и далеко достигающими.

Цикл пристрастия.



Алкоголизм, как семейное заболевание.

Некоторые исследователи считают алкоголизм семейным заболеванием. Не вызывают сомнения факты подтверждающие более высокую заболеваемость алкоголизмом в семьях, где есть алкоголики. Однако в каждом отдельном случае “семейного” алкоголизма необходимо определить, чем обусловлена болезнь наследственностью или воспитанием.

Некоторыми исследователями предпринимались попытки выявить разные формы супружеского алкоголизма. Так Л.К. Шайдукова выделила три типа алкогольных семей:

1) Алкогольно-социопатический тип характеризуется грубым нарушением социальных ролей, попранием общественных норм. Для этих семей была свойственна ранняя обоюдная алкоголизация, злокачественное течение заболевания, ранние психопатоподобные формы реагирования (у жен чаще истеро-возбудимые, у мужей – эксплозивные) с быстрым формированием измененных форм опьянения, стремлением к групповым формам употребления алкоголя. Широкий диапазон приемлемости алкоголя у супругов был обусловлен семейными (родительскими формами алкоголизма). Если у молодых супругов асоциальность проявлялась в поведенческой сфере, то при 5-10 летнем «стаже» социопатия затрагивала и другие сферы – общественно-трудовую, семейно-бытовую: супруги совершали противоправные поступки, прерывали трудовую деятельность, не справлялись с воспитательными и хозяйственными функциями семьи. В наиболее тяжелых случаях контуры семьи полностью нарушались – семья превращалась в притон. Совместное употребление алкоголя объяснялось супругами желанием «поднять настроение», «скрасить жизнь», «продлить молодость», «для куража», «от скуки», «для бодрости», а совместная алкоголизация изначально обставлялась в виде «гулянок», «загулов» и т.д.

2) Алкогольно-невротический тип семьи характеризовался сочетанием алкоголизма и невротического типа взаимоотношений. Совместная алкоголизация была вызвана стремлением «расслабиться», «поднять настроение», «улучшить отношения», «найти общий язык» в случаях, когда

семейные проблемы были первичными. Алкоголь служил средством для снятия пост конфликтного напряжения и улучшения межличностного взаимодействия. В случаях, когда нарушения семейных отношений были вторичными, связанными с алкоголизмом одного из супругов, мотивы алкоголизации другого супружеского партнера были иные – «назло мужу», «чтобы успокоится», «забыть обиды», «наказать своим пьянством мужа», «от безысходности». Иными словами, преобладала сугубо личностная мотивация пьянства.

3) Алкогольно-олигофреноподобный тип характеризовался недоразвитием у супругов практически всех сфер жизнедеятельности. Эти лица стояли на низком уровне и по образованию, и по социальному статусу, и по духовно-нравственному развитию. Употребление крепких алкогольных напитков с самого начала опиралось на сильные алкогольные традиции. Вместе с тем грубой социальной дезадаптации не отмечалось – супруги изначально выполняли малоквалифицированную работу. Мотивы совместной алкоголизации отличались от предыдущих: «для порядка», «как положено», «уважить родственников», «не ударить лицом в грязь», «чтобы все как у людей», а у женщин: «не рассердить мужа», «чтобы не было скандала», «чтоб ему меньше досталось», следовательно, здесь преобладала псевдотрадиционная и адаптационная мотивация.

Е.В. Кришталь Кришталь Е.В. Сексуальная дисгармония супружеской пары при алкоголизме обоих супругов // Укр. вестник психоневрологии. Харьков, 1994

изучал влияние супружеского алкоголизма на возникновение сексуальной дисгармонии в семье. Автор показал, что у супружеской пары могут возникать два основных варианта многофакторно обусловленной сексуальной дисгармонии, которые имеют разные механизмы развития:

а) соматогенный вариант, как результат сексуальных расстройств, которые обусловлены непосредственно алкоголизмом мужчины, жены или обоих;

б) дезадаптивный вариант, причинами которого являются внутриличностный или межличностный конфликт супружества (коммуникативная форма) и низкий уровень осведомленности в вопросах секса, который вызывают сексуально-эротическую дезадаптацию супружества (дезинформативная форма). При алкоголизме обоих супругов соматогенная сексуальная дисфункция и у мужчин, и у женщин имеет абсолютный характер. Проявления сексуальной дисгармонии при этом зависят от стадий алкоголизма. Дезадаптивный вариант сексуальной дисгармонии, в отличие от соматогенного варианта как следствия алкоголизма, развивается параллельно с этим заболеванием.

Большинство исследователей соглашается с точкой зрения, что характер супружеской алкоголизации во многом определяется характером внутрисемейных отношений. Показано, что в 90% семьях алкоголиков по сравнению с неалкогольными семьями отмечаются нарушения родительски-детских отношений в виде нежелания иметь детей, отсутствия внимания к нуждам детей, широкого распространения физических наказаний, инфантилизации роли родителей и преждевременного взросления детей. Такое извращение семейных ролей напрямую связано с личностными особенностями родителей, которые более чем в 90% случаях имели шизоидные, шизотипические, истероидные и эпилептоидные черты. Тем не менее, внутрисемейные отношения в семьях, где оба супруга злоупотребляли алкоголем или не употребляли его, оказались лучше, чем в тех, где только один супруг был зависимым. То есть асимметрия в потреблении алкоголя в браке отражается на супружеских отношениях. В некоторой степени это объясняет приобщение к приему алкоголя жен алкоголиков: как отмечает М. Shuckit у женщин, которые выходят замуж за алкоголиков существует повышенный риск злоупотребления алкоголем и в браке.

Э.Берн, также упоминая о семейном алкоголизме, отмечает, что супружеские пары, проводящие вечер за выпивкой, живут в постоянной опасности обнаружить, как мало могут они дать друг другу; нередко их ждет

лишь два исхода. Если они перестают пить, они могут очень скоро почувствовать, что им скучно, и это угрожает привести к распаду брака. Если же они продолжают пить, то им приходится пить со временем все больше и больше, потому что чем дольше они знают друг друга, тем более они друг другу в тягость, и тем больше им надо пить, чтобы это скрыть.

Итак, в ходе болезни алкогольная деятельность не просто "надстраивается" над прежней иерархией видов деятельности и потребностей, но преобразует эту иерархию, преобразует сами мотивы и потребности личности. Она как бы "придавливает" их, вытесняя все, что требует сложноорганизованной деятельности, доставляя лишь несложные и примитивные потребности. Происходит деградация личности, от которой страдает не только сам больной, но и все его окружение.

Зависимость одного из членов семьи неизбежно нарушает внутрисемейные взаимоотношения. В большинстве семей, в которых живут люди с зависимостью, обнаруживаются осложнения, которые в последние 15 лет стали обозначаться термином созависимость.

Созависимыми могут быть как жены, так и любые другие члены семьи больного и даже его близкие друзья. Сам больной зависим от алкоголя, а близкий человек, вместе с ним проживающий, зависит от состояния больного. Единой, всеобъемлющей дефиниции созависимости не существует. Одни авторы (W.Mendenhall) расценивают созависимость как нарушение личности, другие (A. W. Schaef) считают ее болезнью, течение и исход которой предсказуемы. В.Д. Москаленко и Т.М. Рожнова

Москаленко В.Д. *Зависимость: семейная болезнь*. – М.:PerSe, 2004.

Москаленко В.Д. *Жены больных алкоголизмом // Вопросы психол.* 1991 №5. склонны расценивать созависимость как своеобразное развитие личности. Все авторы подчеркивают важную роль длительно действующего стресса (алкоголизма у члена семьи) в развитии этого состояния. Созависимость определяют как эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, развившееся в результате длительной подверженности стрессу и

использования подавляющих правил — правил, которые не позволяют открыто выражать свои чувства, а также прямо обсуждать личные и межличностные проблемы. Подчеркивается, что суть созависимости составляет концентрация мысли на чьей-либо жизни, что приводит к нарушению адаптации.

Созависимость — патологическая, аффективно окрашенная зависимость от другого человека. Она проявляется в патологическом смещении фокуса внимания на эмоционально значимый субъект со стремлением контролировать его поведение и вторично развивающимися расстройствами адаптации, среди которых наиболее распространены депрессивные и тревожные реакции. Это расстройство чаще встречается у женщин, чем у мужчин, чаще в семьях алкоголиков и наркоманов. Возникает на фоне длительного нахождения в стрессовой ситуации, когда используются подавляющие правила, которые не позволяют открыто выражать свои чувства и прямо обсуждать личные и межличностные проблемы.

Расширяя понятие созависимости, можно сказать, что созависимыми являются:

- 1) лица, находящиеся в браке или близких отношениях с больным химической зависимостью;
- 2) лица, имеющие одного или обоих родителей, больных химической зависимостью;
- 3) лица, выросшие в эмоционально-репрессивных семьях.

Наличие в семье больного алкоголизмом предполагает наличие проблем у всех членов семьи. Было проанализировано, что происходит с психикой жен и детей больных алкоголизмом. Изменения личности, выявленные в этом случае, получили название созависимости. Созависимость определяют как эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, развившееся в результате длительной подверженности стрессу и использования подавляющих правил, которые не позволяют открыто выражать свои чувства, а также прямо обсуждать личные и межличностные проблемы.

Суть созависимости — нарушение границ личности. Созависимые супруги не знают, где кончается личность одного и начинается личность

другого. В семье с наличием большого алкоголизма вообще никто не знает своих границ. Вся жизнь в доме происходит вокруг больного.

Не имея возможности влиять на происходящие события в семье и продолжая находиться в непереносимой ситуации, созависимые супруги посвящают свои силы тому, чтобы контролировать впечатление, производимое на окружающих.

В семье и на работе созависимые супруги стремятся стать незаменимыми. Это попытка оправдать свою беспомощность.

Длительное пребывание в ситуации, которая не разрешается, создает извращенные ценности. Женщины начинают гордиться своей выносливостью невыносимого.

Другая извращенная ценность – ценность страдания. Стрдание становится добродетелью: «Я считала себя героиней достойной пьедестала». Вера в том, что ситуация сама изменится, помогает длительно сохранять и поддерживать ситуацию, разрушительную для всех.

Созависимые супруги больных алкоголизмом живут в двойственном убеждении: «Я не сделала ничего такого, чтобы заслужить такое отношение» и «Я сама навлекла на себя эту беду». Неразрешимость этого противоречия приводит к убеждению, что все зависит от усилий только самой женщины, которая может решать проблемы за других. Это убеждение создает ситуацию, когда созависимые не уважают своих близких настолько, чтобы позволить им самим принимать решения. Созависимые жены – это контролирующие жены. Они верят, что в состоянии контролировать все на свете. Они думают, что могут сдержать пьянство мужа, что могут контролировать восприятие других через производимое впечатление, они думают, что их дети видят и чувствуют так, как им приказала мать. Обычно контроль не удается, и это рассматривается супругой как ее очередное поражение, которое усугубляет депрессию.

Созависимые жены так поглощены ответственностью за своего супруга, что не уделяют внимания своей личности, своим потребностям. Ответственность за себя замещается ответственностью за других. В этом случае собственный личностный рост блокируется, понимание и развитие собственных чувств становится невозможным, что способствует повышению непереносимости эмоциональной боли.

Чувства созависимых искажены и частично недостижимы. Они усвоили, что им можно испытывать лишь положенные чувства (следствие гиперконтроля и гиперответственности) и они научились искажать, видоизменять их, чтобы не допустить информацию, причиняющую дискомфорт в создание.

Созависимые жены вовлечены в процесс сокрытия правды. Быть вне досягаемости собственных чувств, быть не в состоянии сформулировать, что ты чувствуешь и что думаешь, не доверять своему восприятию и быть не в состоянии использовать его – это нечестность. Заботиться о том, чтобы производить хорошее впечатление – тоже нечестность. Мелкая ложь в повседневной жизни, как кажется женам, вырачает их в затруднительных

положениях. В действительности ложь только глубже вовлекает их в процесс созависимости.

Искаженность восприятия реализуется в том, что жены больных алкоголизмом очень боятся быть брошенными. Для них непостижимо, как это их мужья могли бы жить без них. Это значило бы, что ты не нужна.

Нарушение осознания приводит к тому, что созависимые верят всему, что соответствует желаемому. Этим объясняется степень легковерия жен алкоголиков.

Нечестность близко соприкасается с утратой моральных принципов. Ведь ложь неэтична. Обманывать себя – это всегда деструктивный, разрушительный процесс, как для себя, так и для других. Обманывать других – тоже деструктивный процесс, как для себя, так и для других. Обман – форма духовной деградации.

Еще одна форма духовной деградации – это забвение людей, за которых созависимая женщина в ответе, которые зависят от ее заботы, например, своих детей. Они могут пытаться брать на себя заботу о детях путем контролирования над ними, но это забота не о детях – это забота о себе.

Созависимые жены полны вечного ожидания плохого. Логическим продолжением страха выступает склонность судить других. Поскольку созависимые супруги перенесли утрату самоуважения, поскольку контролировать их мир им не удастся, они начинают все больше и больше судить других.

Как больные, так и их жены не склонны искать информацию об алкоголизме, поскольку это значило бы признать у себя наличие проблем. Тем не менее отрицание никогда не бывает полным и поэтому не спасает от тревоги и замешательства.

Оба эти состояния – пристрастие к алкоголю и созависимость – как у больного, так и у супруги, отбирают энергию, здоровье, мысли, эмоции.

Для выздоровления от созависимости необходимо признание у себя болезненного состояния.

Созависимость устанавливается, если:

1. Существует зависимость члена семьи от алкоголя, либо другие хронические стрессы.

2. Определяется наличие хотя бы пяти из восьми признаков:

а) страх (постоянная занятость проблемами других, непреходящая тревога, неприятные предчувствия, недоверие к людям, контролирующее поведение, сверхответственность, попытки манипулировать поведением других).

б) стыд / вина / непреходящее чувство стыда как за свое поведение, так и за поведение других; чувство вины за проблемы других, изоляция, чтобы скрыть «позор семьи», ненависть к себе; фасад превосходства и вызывающей грубости для прикрытия пониженной самооценки.

в) затянувшееся отчаяние (отчаяние и безнадежность в отношении изменения ситуации, пессимистический взгляд на мир, низкая самооценка и чувство поражения в жизни, что не соответствует реальным достижениям).

г) гнев (постоянное чувство гнева на больного, на семью и себя, страх потерять контроль в гневе, гнев, распространяющийся на все на свете); пассивно-агрессивное поведение в особенности в отношении больного алкоголизмом).

д) отрицание (отрицание источника семейных бед; оправдание, защита);

е) ригидность-негибкость (негибкость сознания, поведения, морально-духовных принципов, эмоций, доминирование единственного аффекта (вина, жалость к себе, гнев);

ж) нарушение идентификации собственных потребностей (утрата способности заявлять об их удовлетворении; трудности в определении границ своего духовного Я; личная зависимость – необходимые другие для подтверждения самооценности, страх быть брошенной, беспокойство о том, что подумают другие);

з) смещение понятий (сомнение в том, что же является нормальным, сомнения в том, что же является реальным, тенденция неверно распознавать и обозначать чувства, легковерие, нерешительность).

Несмотря на то, что созависимость возникает в ответ на стрессовую ситуацию в семье, необходимо подчеркнуть важность «почвы» в возникновении этого состояния. Значительная часть жен больных алкоголизмом, около 60%, происходит из семей, где уже кто-то алкоголизмом болел. Жены часто являются дочерьми больных алкоголизмом отцов и матерей. Большинство больных алкоголизмом до начала у них болезни тоже были созависимыми, они тоже происходили из семей, где уже были больные алкоголизмом.

В семье алкоголика оба родителя не умеют распознавать проблемы, в доме царят ненормальные правила, родители сваливают ответственность друг на друга, имеют плохие интимные отношения, они не в состоянии что-либо планировать, вся их энергия уходит на сокрытие секретов семьи, изоляцию от общества и игнорирование других. Ребенок, чтобы выжить в такой семье, должен неизбежно усвоить дезадаптивные формы поведения. Эти формы поведения он пронесет и через свою взрослую жизнь.

Точное число детей, живущих в семье с одним или двумя больными алкоголизмом родителями, неизвестно, однако, есть основания полагать, что оно велико. Сообщалось, что в США в настоящее время 6,6 миллионов детей 18 лет и моложе живут в семьях с больными алкоголизмом родителями, т.е. каждый восьмой ребенок. По другим данным, каждый шестой, либо каждый пятый школьник идентифицирует себя как ребенок больных алкоголизмом родителей. Каждая шестая семья в США страдает от алкоголизма кого-либо из ее членов. Таким образом, речь идет о миллионе детей.

Частота различных проблем медицинских и психологических, у детей больных алкоголизмом родителей, повышена по сравнению с их частотой у

детей не больных алкоголизмом родителей. У детей из семей с наличием алкоголизма в семь раз больше суицидальных попыток, в три раза больше вероятность помещения в детский дом, в два раза больше вероятность отклоняющегося поведения. Часть проблем объясняется влиянием генетических факторов, часть – системой воспитания в семьях.

Необходимо вспомнить, что внутренний мир ребенка формируется по определенным законам, определяющим все дальнейшее развитие. Раннее развитие ребенка характеризуется так называемой эгоцентрической психикой, когда центром мира является сам ребенок. Это закономерный процесс. Для ребенка в этом возрасте характерно так называемое магическое мышление. Все, что происходит в мире, воспринимается как связанное с личностью ребенка, зависит от него и характеризует его. Таким образом, внешний мир переживаемый ребенком, некритично переносится во внутренний и определяет впоследствии дальнейшее отношение к себе, другим, миру в целом.

Чем же характеризуется этот внешний мир ребенка в семье больного алкоголизмом?

1. Размытость, нечеткость границ.

Поскольку вся жизнь семьи неупорядочена, непредсказуема, то дети часто не знают, какие их чувства нормальны, а какие ненормальны.

2. Отрицание.

В жизни алкогольной семьи так много всего построено на лжи, что ребенку трудно распознавать правду. Отрицание происходящего в доме носит почти навязчивый характер. Ребенку становится трудно понимать, что же вокруг него происходит.

3. Непостоянство.

Поскольку потребности ребенка удовлетворяются непостоянно, то он испытывает голод на внимание к себе, страстное желание, чтобы им занимались, и привлекает внимание к себе любыми доступными средствами, включая отклоняющееся поведение.

4. Низкая самооценка.

Вся система воспитания в такой семье заставляет ребенка поверить, что он в какой-то степени виноват в том, что происходит. Он заслуживает всего того плохого, что с ним случается.

5. Недостаток информации о том, как функционирует здоровые семьи. Воспринимаемое в собственной семье рассматривается как единственно верное.

6. Недоверие к себе и реальности.

Ребенку часто приходится наблюдать несоответствие между тем, что происходит в доме и тем, что ему говорят, что дети начинают не доверять тому, что видят, слышат и чувствуют. Недостаток доверия к самому себе происходит из попытки навести порядок, сделать так, чтобы, наконец, все стало на свои места и затем чувствовать себя надежно, в безопасности. Но затем все снова перемешивается, навести порядок не удается и наступает ощущение своей беспомощности перед миром.

7. Послания с двойным смыслом.

За свою жизнь ребенок в алкогольной семье слышит много такого, что содержит в себе противоречивый смысл. Эти обращения к детям называются смешанными посланиями, информацией с двойным смыслом. Таким же парадоксом являются и противоречивые требования родителей: «Всегда говори правду» и «Я ничего не хочу знать».

Невозможность доверять своим чувствам и своему восприятию ставит ребенка в очень непрочное и опасное положение.

8. Борьба, ссоры, драки.

Постоянная агрессия в отношениях, как на физическом уровне, так и на психическом, приводит к тому, что такой стиль отношений становится банальным, обычным, естественным (привычным).

9. Страхи, дурные предчувствия.

Почти все дети больных алкоголизмом описывают свои неприятные ощущения при возвращении домой из школы или от друзей, страх перед открыванием двери в свой дом. Так начинается никогда не покидающий страх за будущее. Тревога, дурные предчувствия окрашивают всю жизнь.

10. Разочарования.

В алкогольных семьях как больной, так и не больной родитель часто не выполняет своих обещаний. Дети перестают ожидать обещанного, но чувствуют, что родители их предали. Будучи взрослыми, они продолжают предчувствовать разочарования, не доверяют как в случайных, так и в интимных взаимоотношениях.

11. Слишком быстрое взросление.

Дети в таких семьях вынуждены решать слишком взрослые проблемы. Дети чувствуют себя ответственными за младших братьев и сестер. Пьющие родители также нуждаются в их физической и эмоциональной поддержке. Детям приходится выслушивать, одобрять родителей, делать их жизнь более или менее удобной. Дети становятся родителями своих родителей. Будучи уже реально взрослыми они ощущают себя «псевдовзрослыми». Они не умеют играть. Не умеют наслаждаться жизнью.

12. Сексуальное оскорбление.

Сексуальное насилие в семьях больных алкоголизмом более частое явление, чем это принято предполагать. Это и реальные сексуальные домогательства, и скрытое посягательство на свободное сексуальное развитие. Считается, что последствия как явной, так и скрытой сексуальной агрессии, всегда тяжелы и долговременны. Характер последствий: чувство своей никчемности, утраты контроля над своей жизнью и все подавляющая зависимость от этого абсолютного и самого большого секрета семьи. Вина, стыд, ненависть к себе, отчаяние, депрессия, роль жертвы во всех жизненных ситуациях, пассивность – вот далеко не полный перечень того, что может быть связано с актом кровосмешательства, либо со скрытым сексуальным оскорблением, имевшим место в детстве.

13. Другие оскорбления.

Дети больных алкоголизмом подвергаются и другим видам оскорблений, часто даже таким, которые угрожают жизни ребенка. Статистика США свидетельствует, что 38% избиваемых детей – это жертвы родителей больных алкоголизмом. Однако в действительности истинная доля подобных жертв может быть гораздо большей. Пьяный родитель может не почувствовать и не соизмерять свою силу и невольно может сильно ранить ребенка. Детей избивают за то, что они появились не в нужном месте и в неподходящее время, за то, что они пытались защищать мать или младших братьев и сестер. Физическое избиение детей, естественно замалчивается. Этот секрет семьи тоже хорошо вписывается в царящие здесь правила игры, в притворство, будто все дела в семье обстоят прекрасно. Лишь спустя годы психотерапевт или социальный работник может узнать, что его клиент подвергался унижениям в детстве такого рода: был заперт в уборной, лишался пищи, был высечен или обожжен своими родителями. Большинство детей в подобных случаях не могут активно бороться.

14. Зброшенный ребенок.

Отсутствие заботы и внимания к ребенку также может быть стилем воспитания в алкогольной семье. Такое отношение к ребенку лишь часть царящих в семье правил. Следствие – запущенные болезни, глисты, вши и т.д. Эмоциональным потребностям детей в семьях тоже не уделяется должного внимания. Дети не научаются, как можно входить в состояние другого человека. Они не усваивают и элементарных родительских обязанностей, что затрудняет их адаптацию в своей собственной будущей семье.

15. Недостаток самоуважения.

Дети, с которыми обращались так, как будто они ничто, и воспринимают себя как ничто – некомпетентными во многих отношениях жизни. Жизнь в неуютной квартире с ободранными стенами, вечно неподходящая одежда тоже есть невнимание к нуждам ребенка. Дети мало ценят себя, часто не считая себя стоящими людьми.

Ребенок определяет, кто он, по тому, что вкладывают в это понятие окружающие значимые для него люди. Он оценивает себя так, как они его оценивают. Лишь повзрослев, он может делать подобные умозаключения самостоятельно. Послания с двойным смыслом, все эти оскорбления (вербальные, физические, сексуальные), укоренившееся в сознании чувство вины, стыд за семью, недостаток доброжелательной заинтересованности в делах ребенка, постоянное неудовлетворение его физических и эмоциональных потребностей – все это вместе взятое формирует у ребенка недостаточное сознание чувства собственного достоинства.

16. Жизнь в мире фантазий.

Уход в фантазии, магическое мышление помогают ребенку выжить в трудных семейных условиях, но они формируют жизнь в иллюзии, что делает их неприспособленными к реальной жизни.

Очень показательный признак дисфункциональности семьи – роли, которые играют члены этих семей.

Приведем краткие описания основных ролей.

1. «Гордость семьи», «семейный герой».

Успехи этого ребенка служат как бы оправданием для семьи, дают ей возможность обрести ценность в собственных глазах. Он отличается высокой самодисциплиной. Привык не показывать своих истинных чувств, хотя обычно внутри у него бушуют тщательно сдерживаемые эмоции, иногда прорывающиеся наружу. Он принимает на себя ответственность за проблемы других людей в подсознательных попытках уйти тем самым от ответственности за решение проблем собственных.

2. «Трудный ребенок», «козел отпущения».

Чувствуя недостаток родительского внимания у себе, этот ребенок стремится завоевать его чем угодно – пусть даже непослушанием, дурными поступками, открытым бунтом. Не имея настоящего семейного тепла, он пытается получить его, формируя суррогатные семейные отношения внутри компании сверстников, часто становясь вожаком дворовых компаний. Его роль в семье позволяет другим членам семьи отвести внимание от реально существующих в семье проблем, например, от пьянства отца. По сравнению с «трудным ребенком» отец выглядит не таким уж и плохим и всегда есть кого обвинить во всех семейных бедах, чем оправдать все свои трудности. В подростковом и более старшем возрасте привычка бунтовать может выразиться в форме употребления алкоголя или наркотиков.

3. «Одинокый ребенок», «потерянный ребенок».

Он с раннего детства уходит от скандалов в семье в мир своих фантазий, книг, игрушек, вымышленных друзей. Спокоен, редко капризничает (хотя часто поступает по-своему), застенчив, склонен к уединению. Служит эмоциональным подкреплением для семьи, поскольку является единственным ее членом, не создающим никаких внешних проблем. Для него типичны ранние проявления детской сексуальности (часто без четкой сексуальной самоидентификации), детские гомосексуальные контакты и т.п. Характерна гиперответственность, т.е. стремление принимать на себя ответственность за других людей, неосознанно пытаясь таким способом уйти от ответственности за решение собственных проблем.

4. «Шут», «клоун».

Он привык прятать свою боль, свои страхи, напряжение, неуверенность за маской шута. Своим шутовством он отводит от себя гнев окружающих, а иногда и вносит разрядку в семейные конфликты. Главным мотив такого поведения – страх. Глубинный смысл его роли для семьи состоит в том, что он отвлекает внимание от проблем, помогая спрятаться от них, избежать необходимости решать эти проблемы. Вырастая, он пытается веселить всех вокруг бесконечными шутками и анекдотами, часто бывая «душой компании», но близких друзей у него обычно не бывает потому, что искренних, открытых отношений с людьми он боится, опасаясь быть отвергнутым.

Следует учесть, что эти роли – лишь обозначения основных, принципиальных позиций человека, между которыми, конечно же, имеется

множество переходных вариантов. Стоит заметить также, что человек может играть несколько ролей или менять эти роли в течение своей жизни.

3.3. СООБЩЕСТВО АНОНИМНЫХ АЛКОГОЛИКОВ (АА) И ЕГО ПРОГРАММА «12 ШАГОВ»

Заветная мечта каждого алкоголика — чтобы он снова мог пить, получая удовольствие от алкоголя и полностью контролируя себя. Живучесть этой иллюзии поистине удивительна. Многие верят в нее на пороге безумия или смерти.

Большая книга

Датой рождения Сообщества АА принято считать 10 июня 1935 года. В 1953 году Сообщество АА насчитывало сто одиннадцать тысяч членов, объединенных в пять тысяч групп (в основном в США и Канаде), однако, в 1988 году оно охватывало уже один миллион семьсот тысяч человек (свыше восьмидесяти трех тысяч групп) практически во всех странах мира. Гербом сообщества АА является круг и вписанный в него треугольник. Круг означает всемирное значение Сообщества АА, стороны треугольника символизируют выздоровление, единство и помощь.

Предлагаемая Сообществом АА программа выздоровления изложена в «12 шагах». Для поддержания единства Сообщества АА служат 12 традиций. Основная существенная информация содержится в так называемой «Преамбуле АА». «Анонимные Алкоголики являются сообществом мужчин и женщин, которые делятся друг с другом своим опытом, силой и надеждой с целью решить свою общую проблему и помогать другим выздороветь. Единственным условием членства является желание бросить пить. Оно само обеспечивает себя путем добровольных взносов. Сообщество АА не связано ни с какой сектой, с вероисповеданием, партией или организацией, оно не вступает ни в какие полемики, не занимает никакой точки зрения в каких бы то ни было спорах. Нашей первейшей целью является сохранение трезвости и помощь другим алкоголикам в ее достижении».

Сообщество А.А. многими воспринимается как религиозная организация. Вместе в нем никто не требует признания одной-единственной концепции Бога. Одни из основателей Сообщества АА, Билл, в книге под названием «АА достигают зрелости» по этому вопросу писал: «Атеистам и алкоголикам скажи четко, что они вовсе не обязаны принимать Бога в нашем понимании. Пусть вместо Бога признают какую-либо свою разумную правду. Самое важное, чтобы все они поверили, что существует какая-то сила более великая, нежели они сами». Она позволяет взглянуть на суть зависимости и на самого себя, проанализировать свои межличностные контакты, помогает познать и обогатить потенциальные возможности собственного Я, а также дает ориентиры для достижения трезвости. Трезвость в Сообществе АА понимается значительно шире, чем сама абстиненция, поскольку она

подразумевает другой, измененный способ мышления и восприятия – себя и других, а также способность зрело и «трезво» жить и функционировать. Сформулированные в «12 шагах» цели реализуются отдельными членами групп по-разному а «шаги» лишь предлагают очередность анализа собственных переживаний и опыта и достижения перемен. То, что происходит с человеком, добросовестно выполняющим программу «12 шагов», весьма тождественно происходящему с ним во время психотерапевтического процесса.

Рассмотрим сами шаги.

1 шаг – «Мы признаем свое бессилие перед алкоголем, признались в том, что потеряли контроль над своей жизнью» - является началом всех действий, способствующих прекращению алкоголизации.

2 шаг – «Мы пришли к убеждению, что только Сила, более могучая, чем наша собственная, может вернуть нам здоровье» - второй шаг позволяет алкоголику избавиться от чувства «центра мироздания» связанным с ним гнетущих обязанностей.

3 шаг – «Приняли решение перепоручить нашу волю и нашу жизнь Богу, как мы его понимаем» - это начальный шаг. Марк Аврелий: «Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество – изменить то, что могу, и мудрость – отличить одно от другого».

4 шаг – «Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения» - это призыв взглянуть на себя честно, без обмана, отмечая как свои недостатки так и свои достоинства, осознавая причины происшедшего. Добросовестный и искренний анализ дает верный диагноз ситуации.

5 шаг – «Признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу своих заблуждений» - можно сравнить с исповедью, освобождающей человека от чувства одиночества, позволяющей надеяться на прощение со стороны другого человека и, тем самым, примирение с самим собой. Избавление от чувства изоляции и вины и вместе с тем обретение реалистического образа самого себя - вот очередные действия по пути к достижению состояния внутреннего покоя, дающего возможность выздоровления (трезвости).

6 шаг – «Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от всех наших недостатков» - предлагает приготовиться к дальнейшим изменениям. Готовность к избавлению от всех своих слабостей является условием совершенствования.

7 шаг – «Смиренно просили Его исправить все наши недостатки» - создает фундамент полной капитуляции, подготовка к которой проводилась ранее. Особо подчеркивается необходимость смирения (не смешивать с унижением) и изменения жизненных условий. Многолетний опыт показывает, что ни один алкоголик не способен сохранить трезвость, забывая о чувстве смирения.

8 шаг – «Составили список всех тех, кому ты причинили зло, и преисполнились желанием загладить свою вину перед ними».

9 шаг – «Лично возместили причиненный этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому» - это шаг конкретных действий, которые позволяют упорядочить свои отношения с окружающими. Составление списка тех, кому мы причинили зло, и возмещение причиненного ущерба позволяет в конечном счете избавиться от чувства вины и согласиться с последствиями имевшей место ранее несправедливости.

10 шаг – «Продолжали самоанализ, и когда допускали ошибки, сразу их признавали» - учит подводить итоги, ежедневно отмечать свои как хорошие, так и слабые стороны характера, признаваться в них, исправлять их «на ходу». Шаг предохраняет от возврата к старым представлениям и поведению, которые могли бы затормозить процесс выздоровления и спровоцировать возврат к употреблению алкоголя.

11 шаг – «Стремление путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, как мы Его понимаем, моление лишь о знании Его воли, которую нам следует исполнить, и о даровании силы для этого» - в очередной раз укрепляет смирение и довершает капитуляцию, а также подчеркивает «духовный» аспект программы.

12 шаг – «После духовного пробуждения мы старались донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах» - для закрепления временного успеха необходимо делиться своим опытом с другими. «Нести послание», путем оказания помощи другим, дает удовлетворение и одновременно воспитывает чувство уважения к самому себе, без чего алкоголик не в состоянии достичь полной трезвости.

Программа «12 шагов» после небольшой адаптации нашла применение в сотнях других групп самопомощи. В мире существуют группы Анонимных наркоманов (с 1953 г.), Анонимных азартных игроков (с 1957 г.), Анонимных обжор (с 1960 г.), Анонимных лиц с эмоциональными проблемами (с 1971 г.), Анонимных должников (с 1976 г.), группы взрослых детей алкоголиков (с 1984 г.).

Глава 4. Феномен и виды самоубийств

Во имя добра и любви человек
не должен позволять смерти
овладеть его помыслами.

Т.Манн.

4.1 Общие подходы к проблеме суицидального поведения.

О тех, кто сами призвали смерть
горюешь неисцелимо, ибо веришь, что они
могли еще долго жить.

Плиний Младший.

В истории европейской цивилизации проблема самоубийств выступала как религиозная, как юридическая, как морально-этическая проблема последнего выбора свободы, предельных состояний и самораскрытия личности. С 19 века феномен суицида привлек внимание представителей целого ряда смежных наук: социологов, этнографов, психологов, психиатров, правоведов, медиков, педагогов.

"Самоубийство, - пишет Н.Бердяев, - есть психологическое явление и чтобы понять его - нужно понять душевное состояние человека, который решил покончить с собой". Констатируя многочисленность суицидальных попыток среди русских эмигрантов, он считает, что это связано с "... потерей смысла жизни, крушением надежд, резким изменением социального положения".

В начале 20 века Россия по числу самоубийств стояла на последнем месте среди европейских стран. Однако уже в то время ученые с тревогой писали об "эпидемии самоубийств", "нравственной инфекции", способствующей распространению самоубийств в разных слоях населения.

В.М. Бехтерев в качестве основных причин самоубийств в начале 20 века в России выделил: увеличение числа душевнобольных в результате сложной политической, социально-экономической обстановки, увеличение невротизации населения, алкоголизация, отсутствие перспективы и мрачное будущее.

В 30-е годы исследования в нашей стране по суицидологии были приостановлены и на многие десятилетия оказалась фактически вне поля зрения ученых. Сам термин "самоубийство" исчез из энциклопедических словарей, а предупреждением и профилактикой самоубийств стала заниматься только психиатрия.

В результате преобразовательных процессов, происходящих в нашей стране с 1985 года появилась возможность вновь обратиться к изучению феномена самоубийства. Тем более это стало актуальным в связи с глубоким социально-экономическим и духовным кризисом в стране, который всегда сопровождался увеличением самоубийств. "В разных странах кривые суицидов до тривиальности следуют за зигзагами социально-политической истории". Чем сильнее кризис, тем больше совершается самоубийств. По данным статистики с 1960 по 1990 годы количество самоубийств увеличилось в нашей стране в семь раз.

Изучение распространенности суицидов среди различных возрастных групп Кузбаса показало, что в 1994 году наибольшее число самоубийств отмечалось у лиц 40-49, 50-59 и свыше 80 лет. Высокий интенсивный показатель завершенных суицидов отмечался в возрастной группе 10-14 лет. Однако настораживает факт значительного роста показателя в этой группе. Достаточно высокая распространенность завершенных суицидов наблюдается у подростков и молодых людей 14-19 лет (49,9 на 100 тыс. населения), что превышает данный показатель в 1980 году больше, чем в два раза.

Количество суицидов в 1994 году среди мужчин значительно превышало эти показатели у женщин ориентировочно в четыре раза⁵.

По данным статистики Саратовской городской станции скорой медицинской помощи в 1998 году зарегистрировано 262 вызова по поводу суицидальных попыток, а в 1999 году это число возросло до 411.

По данным городского статистического управления за четыре месяца 2000 года зафиксировано уже 86 случаев завершеного суицида.

По данным гос. статистики количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет 12,7% от общего числа умерших от неестественных причин.

Анализ имеющейся литературы позволил выделить несколько основных направлений изучения психологических особенностей личности суицидентов и факторов, формирующих суицидальное поведение.

Основной подход к этой проблеме за 60 лет после 30-х годов в нашей стране осуществлялся с психиатрической точки зрения. Утверждалось, что нормальный в психиатрическом плане человек, обеспеченный пищей и жильем, имеющий возможность выбрать интересную работу, которому доступны все другие блага... не будет покушаться на свою жизнь. Это удел только лишь людей, страдающих психическими заболеваниями. Следовательно, предупреждение самоубийств относится к компетенции психиатра.

Но самоубийство нельзя схематически отождествлять с психическими заболеваниями. Контингент суицидентов крайне неоднороден. К разряду "группы риска" относятся лица пожилого и старческого возраста, студенты вузов и техникумов, подростки, мигранты, разведенные, одинокие, а также лица, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, в том числе алкоголизмом и наркоманией. Естественно, нельзя всех этих людей рассматривать как психически нездоровых. Тем более, что эмпирическим путем было установлено, что психически здоровых лиц среди суицидентов 60-70%.

Среди особенно частых причин совершения самоубийств называют депрессию во всех ее вариантах. Потому так важны исследования проявлений подавленности, отчаяния, бесперспективности, обиды, неудовлетворенности, "безнадежности".

Основная роль в возникновении экстремальной ситуации принадлежит не столько объективной опасности, сколько тому, как человек воспринимает ситуацию и оценивает свои возможности. "Если человек считает, что ситуация подконтрольна ему, он использует преобразующие ситуацию стратегии. Если люди, попав в безвыходное положение, не хотят или не могут воспользоваться психологическими приемами самосохранения, они прибегают к самопоражающим стратегиям - наркомании, алкоголизму, суициду".

⁵ Лопатин А.А. Распространенность суицидов в Кузбассе. // Социальная и клиническая психиатрия. 1996 г., №3, с. 64-67

Выбор личностью суицидального решения зависит во многом и от того смысла, который придается этому поступку в конкретных этнокультурных группах и сообществах. Поэтому все большее внимание уделяется общественно-психологическому освещению самоубийства.

Иногда в качестве провоцирующего фактора суицидального поведения рассматривают семейные потрясения, которые были пережиты в молодом возрасте. Например, самоубийство родителей. Известна проявляющаяся в таких случаях реакция в годовщину этого события - самоубийство совершается в тот же день, когда было совершено самоубийство родителей.

4.2 Клинические аспекты суицидального поведения.

Все мысли о смерти нужны для жизни.
Л.Н. Толстой.

Эгоцентризм

Самосознание суицидента отличается эгоцентризмом, но этот эгоцентризм имеет непривычный для нашего понимания парадоксальный смысл. Об эгоцентризме при суицидальном поведении говорит уже тот факт, что в этом кризисном состоянии человек весь погружен в себя, свои мучительные переживания, свои страдания. Все остальные, например семья, дети, перестает существовать.

Так мать, обычно заботливая и любящая, в суицидальном состоянии может подготовить и совершить попытку суицида, даже "забыв" о том, что у нее остаются дети ("О детях я даже не вспомнила", - может она сказать врачу после того, как ее спасли).

В клинической практике эгоцентризм, а также его парадоксальные свойства можно при демонстративно-шантажном типе поведения людей, пытающихся путем угрозы самоубийства добиться своей цели. Здесь можно отметить, что классическое определение суицида как осознанного решения уйти от жизни, данное Дюркгеймом, не укладывается часто в рамки современного климатического опыта. Согласно данным статистики, при так называемом демонстративно-шантажном типе поведения, когда человек не ставит задачу покончить с собой до 30% лиц уходит из жизни (демонстративные суицидальные угрозы становятся привычным способом реагирования на кризисную ситуацию, и имитация рано или поздно превращается в реальный суицид).

Интересно сопоставить проявления эгоцентризма при суицидальном поведении и невротического эгоцентризма. Эгоцентризм невротика, скажем при истерическом неврозе, направлен всегда на самолюбование и самовозвышение даже в страдании. Эгоцентризм суицидента - с противоположным знаком "минус", носит самоотрицающий характер, вплоть до самоуничтожения, выражает крайнюю степень негативизма по отношению к самому себе.

От негативизма логично перейти к теме аутоагрессии - этой второй составляющей самосознания суицидента.

Это всегда - проявление личностного инфантилизма, незрелости личности в морально-психологическом аспекте (инфантилизм может быть либо устойчивым свойством личности, либо ситуационным, служить характеристикой этого состояния дезадаптации). Необходимо использовать условно говоря, "положительные стороны" дезадаптации (податливость к воздействиям, повышенную внушаемость даже у таких лиц, которые были ранее очень ригидны в этом отношении) для психокоррекционного воздействия на личность суицидента.

Понятно, что психотерапевтическая работа с такими людьми требует директивного стиля руководства. В отличие от обычной психотерапевтической работы необходимо, чтобы психотерапевт дал анализ кризисной ситуации, конкретные рекомендации, убедил пациента в том, что их нужно выполнять. В силу отмеченных особенностей (дезадаптация, инфантилизм) пациент сам ищет руководства, хочет "быть ведомым". Когда наметился выход из кризиса, психотерапевт должен сменить позицию на недирективную, иначе у пациента может появиться соблазн "снять с себя" ответственность, переложить на психотерапевта заботу о разрешении его жизненных проблем.

Важное место на этом этапе занимает дезактуализация значимости, остроты болезненного переживания с повышенной эгоцентрической фиксацией суицидента на своем "Я". На конкретных убедительных примерах историй жизни других людей необходимо показать относительность восприятия суицидентом своей собственной позиции, подчеркнуть, что переживания его не являются "уникальными". Здесь очень поможет (когда это представляется возможным) включение такого больного в психотерапевтическую группу, где люди могут поделиться своим опытом выхода из кризиса, рассказывать о формах его преодоления.

2. Аутоагрессия

Аутоагрессия, начиная с исследований классиков психоанализа (З.Фрейда, А.Адлера) всегда привлекала внимание психологов. Ряд суицидологов считает ее наряду с пессимистической личностной установкой определяющим свойством суицидального поведения. Можно было бы дать ей следующее определение: негативное отношение к себе, но оно было бы не полным. Негативное отношение к себе нередко характерно для невротика, который может остро переживать свою неполноценность, недееспособность ("я - неудачник"). При аутоагрессии негативное отношение к себе достигает крайней степени.

В клинике пограничных состояний часто можно наблюдать тенденции больных к самообвинению, вплоть до самобичевания, безмерного преувеличения своей вины. Такое состояние само по себе должно настораживать специалиста даже при отсутствии высказанных суицидальных

намерений (чаще всего они скрываются). Этих больных следует включать в группу риска.

Как указывал В.Н. Мясищев, всякое отношение, также и агрессивное отношение к самому себе, не ограничивается сферой эмоций (депрессия, чувство вины), но включает в себя когнитивный компонент: крайне негативные самооценки, суицидальные мысли, а также пресуицидальные и суицидальные действия. Установлено, что аутоагрессии практически всегда в поведении суицидента предшествует гетероагрессия в отношении близких, которая выражается в подозрительности, необоснованных обвинениях и пр. Гетероагрессивность суицидентов может быть подвержена спокойным отношениям таких лиц к имеющим место среди их близких случаям самоубийств или других несчастий. Равнодушно - спокойное отношение к смерти человека, тем более к трагической смерти, можно считать проявлением гетероагрессии.

Попытки воздействовать на суицидента, убедить в возможности выхода из кризиса, указать на позитивные моменты в его жизни, часто вызывают обратный эффект - противодействие и отпор, и лишь усиливают аутоагрессию, пессимистическую личностную установку.

Здесь стратегия работы психотерапевта направлена, прежде всего, на разрушение крайне негативного отношения суицидента к себе, а значит на самоутверждение в кризисной ситуации. Основное здесь - внимательно проанализировать его жизнь, помочь "вспомнить" вытесненные в силу пессимистической установки те моменты, когда он в противоположность теперешнему состоянию проявлял дееспособность, решительность, чувствовал собственную правоту. При этом нужно обратить внимание на положительную окраску его "Я", положительные свойства личности (проявление доброты, заботы о других людях, уверенности в себе). Это поможет преодолеть и гетероагрессивные тенденции и чувство вины по отношению к близким людям.

Пессимистическая личностная установка на перспективы выхода из кризиса

Это наиболее интегративное психическое образование при суицидальном поведении. По данным Д.И. Узнадзе и его учеников, установка - это состояние психофизической готовности к определенному действию. Это интегральное единство, которое включает в себя по крайней мере три компонента: когнитивный, эмоционально-мотивационный и поведенческий. Для суицидальной установки это суицидальные мысли и намерения, эмоции, в которых преобладают депрессия, тревога, чувство вины, а также подготовка и реализация суицидальных действий. Если на ранних пресуицидальных фазах преобладают суицидальные мысли, а эмоциональный и поведенческие компоненты выражены слабее, то на поздних фазах преобладание получают суицидальные действия: подготовка и исполнение акта суицида с депрессивными состояниями, и в свою очередь

при депрессивных состояниях, особенно в их начальной и конечной фазе, часто можно наблюдать признаки суицидального поведения. Поэтому лица с такими состояниями должны находиться под повышенным контролем вследствие угрозы суицида.

Пессимистическая личностная установка, как известно, многим врачам-психотерапевтам, очень плохо поддается коррекции.

В первую очередь, и это является стержнем уже первой беседы с суицидентом, нужно убедить пациента пока не решать стоящий перед ним вопрос о жизни, о продолжении борьбы и др. На этом этапе не следует пытаться опровергнуть любую позицию пациента, это вызовет только протест, недоверие к психотерапевту. Нужно подождать, отложить вопрос на тот момент, когда пациент будет способен здраво рассуждать, взвешивать все "за" и "против". В первой же беседе с врачом суициденту предоставляется возможность ослабить свое эмоциональное напряжение, болезненные переживания в виде длительного рассказа о своей жизни, о всех обстоятельствах кризисной ситуации. Роль психотерапевта здесь сводится к доверительной позиции сочувственного понимания. Он не задает лишних вопросов, не комментирует, не пытается прибегать к коррекции - только выслушивает. Особенно поощряется выход агрессивных чувств по отношению к близким и самому себе, что раньше было неприемлемо для суицидентов в силу моральных и иных причин. Это ослабляет значимость таких агрессивных тенденций.

4. Паранойяльность

Безусловно, паранойяльная акцентуация, которая характеризуется ригидностью нервно-психических процессов, следованием готовым мыслительным стереотипам и поведенческим паттернам (стереотипность) моральным догматизмом, обидчивостью, склонностью и образованию сверхценных идей, утяжеляют характер суицидального поведения. Паранойяльность может быть как характеристикой преморбидной личности, так и суицидального состояния. По данным клинической практики и судебно-медицинской статистики примерно треть людей, совершивших попытку суицида, повторяют ее в течение года. Речь идет о психически здоровых людях. При различных психических болезнях повторные суициды происходят в 60% случаев в течение полугода. При суицидальном поведении "сверхценностью" становится идея ухода из жизни, как иллюзорного выхода из кризиса, которая разрушает всю систему личностных ценностей.

Это наиболее сложная для психотерапевтической коррекции структура. Основной механизм - переключение на мотивы, имеющие для суицидента положительную эмоциональную сферу.

Система мотивов суицидов.

Классификация мотивов, предложенная В.А. Тихоненко¹ Тихоненко В.А., Ковалев В.В., Амбрумова А.Г. *Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение // Российский психиатрический журнал.*- 1998.- № 3, выделяет пять типов суицидального поведения (т.е. протест, призыв (к состраданию), избегание (душевных или физических страданий), самонаказание, отказ (капитуляция).

Той или иной тип суицидального поведения проявляется в зависимости от возраста, типа личности суицидента, а также от ситуации, спровоцировавшей суицид.

Так, в молодом возрасте (от 18 до 30 лет) отмечается преобладание протестных и призывных форм суицидального поведения. В более пожилом (после 45 лет) преобладают суициды типа избегания страдания, самонаказания и отказа.

Особенности позиции личности, способствующие проигрышному поведению.

Понятие позиция личности включает в себя внутренние ориентации субъекта, его мнение, определяющие реальное поведение.

Позиция личности в ситуации конфликта - это смысловое образование, в котором интегрируются отношение личности к ситуации и к себе (в данной ситуации), оценка значимости ситуации, прогнозирование ее исхода, что служит основанием для выбора тактики поведения. Охваченность личности смысловыми представлениями и сосредоточенность внимания на них могут достигать значительной степени. Вероятно, в каждом предметном образе в той или иной мере присутствует смысловой план, но в том, что мы называем образом конфликтной ситуации, смысловой план является ведущим.

Происходит как бы "разыгрывание" в сознании конфликтной ситуации, представление возможных действий ее участников и прогнозирование вариантов исхода. Причем процесс такого "разыгрывания" зависит от позиции, занятой субъектом. Помещая себя в разные пространственные и временные точки поля актуальной ситуации, субъект представляет ее в разных ракурсах, т.е. по-разному осмысливает и соответственно задает направления возможного поведения. В этом состоит регулятивная функция смыслового образа и позиции личности. Далекое не всегда итоговая позиция бывает однозначно определенной; она может быть лабильной, амбивалентной, противоречивой, что отражается на линии поведения. Наконец, самоопределение, выступающее для одних как произвольная активность (свободный выбор позиции), для других представляется следствием внешнего принуждения, иначе говоря, субъект либо занимает ту или иную позицию, либо попадает в нее.

Неадаптивная позиция личности в ситуации конфликта характеризуется тем, что конструируя в сознании конфликтную ситуацию, субъект занимает такую позицию, которая не позволяет ему увидеть перспективы и пути ее разрешения. Сложившаяся смысловая оценка

ситуации как "безысходной" резко ограничивает внутреннее "поле зрения" и блокирует поисковую активность. Следующие шесть признаков характеризуют такую "проигрышную" позицию личности.

1. Фиксированность позиции

Субъект не в состоянии изменить образ ситуации, свободно манипулировать его элементами в пространственно-временных координатах.

2. Вовлеченность, т.е. помещение себя в точку приложения угрожающих сил; взгляд на ситуацию "изнутри", неспособность отстраниться от конфликтной ситуации, дистанцировать ее.

3. Сужение сферы позиции личности происходит за счет ограничения представлений о собственных ресурсах и за счет нарастающей изоляции от окружающих.

4. Изолированность и замкнутость позиции.

В структуре осознания конфликтных отношений вместо адаптивной позиции "мы-они" имеется другая, гораздо более уязвимая конфронтация "Я-они", свидетельствующая об отчуждении личности, утрате связи с референтными группами, нарушениях идентификации.

5. Пассивность позиции.

Представляя себе активно направленные на него воздействия участников конфликта, субъект не может в рамках сложившегося смыслового образа представить свои конструктивные действия (нападения, защиты и т.п.). Подобная пассивность позиции обесценивает любые известные субъекту (знаемые) варианты решений. Парадоксально, что многие суициденты при анализе отвлеченных ситуаций, а также по миновании кризиса обнаруживали знание путей разрешения конфликта и даже выступали в роли советчиков по отношению к другим, но применительно к себе эти конструктивные планы были неприемлемы. В пассивных позициях знания и опыт не только не актуализируются, но и отвергаются.

6. Незрелость во временной перспективе, отсутствие будущего - тесно связаны с названными выше признаками "проигрышной" позиции. Будущее представляется только как продолжение или усугубление наличной ситуации.

Все разнообразие суицидоопасных позиций личности можно свести к следующим пяти типам, имеющим свои вербальные формулы.

1 тип - пассивный протест, т.е. конфронтация без борьбы; его вербальные формулы: "все против меня", "нет сил бороться", "нет справедливости".

2 тип - пассивный призыв без мобилизации защиты: "Я никому не нужен", "за что вы меня так мучаете?"

3 тип - пассивное избегание без поиска обходных путей: "дальше будет еще хуже", "деваться некуда", "мне не вынести этих мук или позора".

4 тип - самонаказание без конструктивного преодоления своих просчетов или недостатков: "никогда не прощу себе".

5 тип - отказ - тенденция ухода без поиска путей отступления: "это конец", "никогда не вернуть того, что было", "все потеряно".

Выделенные типы "проигрышных" позиций относительно независимы от конкретного многообразия причин и фабулы конфликтных ситуаций.

Данные смысловые образования являются единицами анализа, в которых в "снятом" интегральном виде представлены личность и ситуация. Несмотря на феноменологические различия, их объединяет капитуляция личности перед сложившимися обстоятельствами. Такие позиции вплотную подводят субъекта к суицидальному поведению, но еще не достаточны для его возникновения. Конфликтная ситуация лишь тогда перерастает в суицидальный кризис, когда в ее сферу вовлекаются главные смысловые образования - ценностные отношения человека к жизни и смерти. Смысловые образы при этом выходят за рамки отражения конкретных обстоятельств, охватывают более широкую и отдаленную социальную ситуацию, соотносящуюся с представлениями о будущем "Я". Ситуативная позиция переформируется в жизненную позицию, которая при сохранении характера "проигрышности" свидетельствует уже не только о капитуляции личности в данной ситуации, но и о ее жизненном крахе. Пассивность общей жизненной позиции, блокада отдаленных перспектив равнозначны невозможности самореализации, что влечет за собой утрату ценности жизни. Это уже специфическая почва для зарождения суицидального поведения, которое развивается на основе либо "квазипотребности" - и тогда лишение себя жизни выступает как цель, обслуживающая иную потребность, либо истинной потребности самоуничтожения. В первом случае снижение ценности жизни не сопровождается возрастанием ценности смерти; во втором случае происходит полная инверсия отношений к жизни и смерти.

Описанным типам "проигрышных" позиций соответствуют типы суицидального поведения: "протест, призыв, избегание, самонаказание, отказ".

Таким образом, анализ позиции личности в ситуации конфликта позволяет судить как о риске суицида, так и о типе суицидального поведения.

Эмоциональные нарушения

Депрессия в состоянии кризиса - это такое эмоциональное расстройство, в котором доминируют чувства тревоги, тоски, опустошенности и отчаяния. Почти всегда в различной степени выражены чувства самоотрицания с собственной неполноценности, недееспособности. Пессимистическая установка на будущее окрашена безнадежностью, чувством невозможности выхода. Индивид чувствует себя беспомощным. Практически всегда при депрессии в суицидальном или суицидальном состоянии значительное место занимают чувство вины и нередко потребность в самообвинении (аутоагрессия). Человек как бы отделен психологическим барьером от других людей, от родных и близких, полностью поглощен своим "Я", своими мучительными переживаниями.

Тревога - один из первичных знаков. Она находит свое выражение в массивных психофизиологических и психосоматических симптомах: двигательное беспокойство ("человек не находит себе места"), тахикардия, учащение пульса, желудочно-кишечные спазмы и т.д. Тревога создает общее чувство беспомощности, незащищенности, отчуждения от других людей.

Пример. Сергей К., 32 года. По профессии инженер-теплотехник. Наблюдался в психиатрической клинике в связи с попыткой истинного суицида. Был женат в течение 5 лет на Элеоноре М.Ю., 33 лет. Из анализа выяснилось, что Сергей воспитывался в условиях сильной гиперопеки и гиперконтроля. В семье родителей наблюдался разлад взаимоотношений. Это сформировало у него такие черты, как неуверенность в себе, нерешительность, застенчивость, впечатлительность. Сергей К. женился поздно, в 27 лет, и в силу его особенностей сексуальный опыт имел минимальный. Элеонора в этом плане «открыла ему глаза». Жена его по профессии телевизионный журналист. Сергей считал ее выше себя по культурному и духовному уровню, жена была лидером в семье. Стиль отношений в семье характеризуется «взаимной независимостью». Жена часто уезжает в командировки, склонна часто проводить выходные и отпуска отдельно. Общего семейного бюджета фактически не существует. Жена не считала нужным советоваться с мужем о своих делах, всячески демонстрировала ему свою независимость. Такой стиль отношений не удовлетворил Сергея, но «поделаться он ничего не мог». Большое значение придавал сексуальному аспекту отношений, тем более, что «жена в этом отношении была опытнее». Кризис в семье наступил за два месяца до попытки самоубийства, когда в результате осложнения после операции на мочевом пузыре у Сергея К. наступило расстройство половой функции. Сергей тяжело переживал несколько неудач сексуального сближения, возникло чувство вины в том, что он не способен удовлетворить сексуальные притязания жены. Им были тяжело восприняты слова лечащего уролога о том, что может понадобиться серьезное и длительное лечение. Роль «последней капли» сыграло полученное им известие об измене жены во время командировки. Под воздействием сильного аффекта Сергей К. выстрелив в себя из охотничьего ружья».

Как явствует из анамнеза, для Сергея сексуальные отношения имели сверхценное значение, был тем стержнем, на котором в его представлении держались семейные отношения. Поэтому и удар «по слабому месту» немедленно привел к тяжелой дезадаптации. Почти сразу возникло чувство вины по отношению к жене, депрессивное состояние, мрачные прогнозы на будущее. Благоприятной почвой для утяжеления суицидального состояния, несомненно, были психастенические особенности характера Сергея. Налицо и «последняя капля» - измена жены, которая стала непосредственным толчком для совершения акта суицида. Суицидальным мотивом здесь, очевидно, был призыв в сочетании с мотивом вины. Теперь рассмотрим, как указанные психотерапевтические рекомендации реализовались в конкретной психотерапевтической работе (на примере вышеописанной ситуации).

Было установлено, что ведущее место в суицидальном состоянии Сергея К. занимают аутоагрессия и чувство вины, связанная с этим пессимистическая личностная установка на будущее. Прежде всего суициденту была предоставлена возможность выговориться, подробно рассказать о мучительных для него переживаниях. Такое отреагирование произошло во время первой длительной беседы с Сергеем (она продолжалась 2,5 часа). Психотерапевт не пытался вмешиваться в рассказ суицидента о своей жизни, занимая позицию «сочувственного внимания» и, тем самым, помогая пациенту раскрыться. Было подчеркнуто, что беседа носит анонимный характер, что эти обстоятельства (попытка суицида) не будут известны никому на его работе или дома.

В дальнейшем психокоррекция была направлена на купирование пессимистической установки, связанными с ней аутоагрессии и чувства вины. Большое значение здесь имел директивный стиль работы. Был проведен детальный анализ причин, приведших к суициду, показана ошибочность прогноза на будущее, рассказано о том, какое беспокойство о здоровье К. проявляет его жена. Сергею разъяснили, что измена еще не означает краха его семейной жизни, умело проведенная семейная психотерапия поможет восстановить эти отношения. В целях самоутверждения и снятия чувства вины постоянно подчеркивались в разговоре положительные качества личности Сергея. Как на положительные моменты указывалось на эмоциональность Сергея, глубину его чувств, которые, хотя и способствовали развитию его болезненного состояния, но в то же время сыграла позитивную роль для укрепления его семьи.

Подробно был разъяснен характер урологического заболевания, указано, что соответствующее лечение даст довольно быстрые результаты, что не наступит необратимого расстройства половой функции. Все это дало возможность расшатать пессимистическую установку, снять необоснованное чувство вины пациента перед женой и создало оптимистическую установку на перспективы выхода из кризиса.

С пациентом был проведен интенсивный поведенческий тренинг в условиях психотерапевтической группы, задачей которого было восстановить временно утраченные адаптивные способы поведения. Так, в условиях группового занятия при активной поддержке группы бала неоднократно проиграна ситуация будущей встречи пациента с женой: врачом-психотерапевтом при затруднении Сергея были показаны несколько вариантов его реакций на возможные высказывания и поведение жены и выбран наиболее оптимальный вариант поведения.

Сергей быстро вышел из кризиса. Кстати и жена убедилась в искренности и глубине его чувств и начала проявлять заботу о пациенте и внимание к нему, наметились пути их сближения.

4.3 Факторы, способствующие возникновению суицидального поведения в юношеском возрасте

Глупо умирать из страха перед смертью Сенека Младший

Среди неспециалистов распространены два ошибочных мнения: 1) что самоубийство вообще и юношеские в особенности совершают только психически больные, ненормальные люди; 2) что именно юношеский возраст, в силу его кризисного, почти психопатологического характера, дает максимальный процент самоубийств.

На самом деле подростки и юноши совершают самоубийства реже, чем лица старших возрастов, но по сравнению с детским возрастом, когда сознательных самоубийств практически не отмечается, их рост в возрасте после 13 лет кажется просто огромным.

По данным статистики в большинстве стран за последние 30 лет количество юношеских самоубийств возросло, в то время как среди взрослых показатели суицидов в значительной степени остались прежними. Всегда следует иметь в виду, что количество суицидальных попыток многократно превышает количество осуществленных самоубийств среди подростков и юношей. Если у взрослых эти показатели соотносятся как 10:1, то у молодых людей как 50:1, или даже 100:1. Приведенные ниже статистические данные, полученные разными исследователями, отражают существенную картину юношеских самоубийств и суицидальных попыток.

- Среди подростков, обследованных Личко А. Е. (1983 г.), 32% - суицидальных попыток приходится на долю 17-летних, 31% - 16-летних, 21% - 15-летних, 12% - 14-летних, 4% - 12-13-летних.

Юноши совершают самоубийства как минимум в 2 раза чаще девушек, хотя девушки предпринимают такие попытки гораздо чаще. Неудачные суицидальные попытки по большей части не повторяются, хотя 10% мальчиков и 3% девочек от 10 до 20 лет, совершившие неудачные суицидальные попытки, в течение ближайших 2-х лет все-таки покончили с собой.

- Чаще всего суицидальные попытки происходят в возрасте от 16 до 18 лет. Половина опрошенных суицидентов происходили из неполных семей, а 43% из них не получили нормального семейного воспитания; у 53% были трудности в поведении; у 42% были психические нарушения в виде неврозов.

- В 38% случаев у родителей отмечались случаи психического заболевания, характеропатии, хронический алкоголизм, в отдельных случаях - противоправные и суицидальные действия; алкогольное опьянение наблюдалось в 15% случаев, психические отклонения имели следующий вид: 19,4% - шизофрении, 64,3% - пограничные расстройства; 10% - суицидальная попытка возникла на фоне острой ситуационно - обусловленной аффективной реакции.

Таким образом, даже это небольшое количество данных показывает, что механизмы формирования суицидального поведения неоднотипны и попытки объяснения феномена самоубийства единой причиной нельзя признать правильными. Соотношение «внешних» и «внутренних» условий в

ряду причинных факторов самоубийства неоднозначно. В случае крайних вариантов, с одной стороны, причинами суицида целиком становится содержание психопатических расстройств, с другой - остро формирующиеся ситуационные реакции».

Учитывая это, Амбрумова А. Г., Трайнина Е. Г., Уманский Л. Я. выделили следующие «факторы, влияющие на возникновение отклоняющегося поведения в подростковом возрасте»:

- 1) конституционные особенности личности (акцентуации характера, психопатии) (А.Е. Личко);
- 2) состояние микросоциума: семьи, школы, среды сверстников (Ковалев В.В., Личко А.Е.);
- 3) нарушения в семейной сфере: неполная семья, дисгармоническое воспитание, алкоголизация родителей и т.д.;
- 4) наследственная предрасположенность (Глюк Э.);
- 5) возрастные особенности подросткового и юношеского возрастов - сензитивность для девиантного поведения (Каспаров С. А.);
- б) перенесенные в раннем возрасте тяжелые соматические заболевания;
- 7) умственная отсталость.

Продолжая работу по исследованию суицидального поведения среди лиц молодого возраста, они ввели суицидальное поведение в более крупную дефиницию: аутодеструктивное поведение. Эта категория включает в себя: наркотизацию, алкоголизацию, злоупотребление токсическими веществами, курение, участие в групповых драках, суицидальное поведение (прямое аутодеструктивное поведение), а также бродяжничество, быструю езду на мотоциклах и машинах, хождение по крышам (опосредованное аутодеструктивное поведение).

Абрамова А. Г. в контексте своей концепции «дезадаптации личности» как основного фактора суицидального поведения рассматривает общественно-социальный механизм возникновения суицидального поведения среди молодых людей, суть которого сводится к следующим положениям. Личностные особенности будущего суицидента всегда накладываются на общественные процессы, которые являются «общей почвой, на которой образуется явление самоубийства». В результате возникновения «промышленных гигантов» и все большей урбанизацией городов, происходит «принудительный контакт», который вынуждает людей «пребывать в состоянии соприкосновения», то есть, где бы человек не находился, везде он видит не отдельную личность, а массу людей. И если взрослый человек может адаптироваться к этому, испытывая лишь дополнительную усталость, то ребенок не в состоянии выделить из толпы отдельную личность. А так как это происходит постоянно, то у молодого человека не формируется способность концентрироваться на отдельном человеке. А это, в свою очередь, порождает трудности формирования межличностных связей, провоцирует переживание одиночества и недоверия. Повторяясь из поколения в поколение, этот процесс приводит к огромному

разрыву между поколениями, что расшатывает устои семьи и затрудняет полноценное развитие молодого поколения. В результате социальных экспериментов, проводимых в нашей стране, такой социальный институт как семья потерял свое первоначальное значение. Из всех ведущих функций семьи (воспитательной, экономической, эмоциональной, обеспечивающей безопасность) доминирующей становится экономическая функция. В результате затрудняется, прежде всего, эмоциональное развитие ребенка - родителям просто некогда общаться с ним. С каждым новым поколением все больше обедняются, все меньше дифференцируются эмоциональные структуры психики подростка.

Отсутствие эмоциональной глубины, недостаточность эмоциональной энергии затрудняет освоение потока социальной информации, снижает уровень обеспеченности абстрактно-обобщающего мышления. В результате в стрессовой ситуации снижается активность поиска конструктивного выхода. Этому же способствуют и стандартизированные методы обучения в школе, снижающие творческое развитие личности подростка - с одной стороны, и превращающие его деятельность в манипулирование - с другой. А манипулирование неотрывно связано с развитием эгоизма и эгоцентризма, которые ведут к нарастанию склонности к обособлению и индивидуализму, что в итоге вызывает чувство одиночества, беспомощности и снижает способность к формированию нравственных и профессиональных качеств и интересов. Вследствие этого складывается мироощущение, при котором искажается структура ценностей. Она сужается, срезая ступень духовных ценностей, так как они оказываются эмоционально не подкреплены. Такая система ценностей приводит личность в тупик, так как «закрывает зону личностного роста. Остановка же личностного роста ухудшает ориентировку в ситуациях, вызывающих стресс и адаптацию к ним.

Не менее важное значение для понимания внешних факторов формирования молодежного суицидального поведения имеет происходящий в общественной и, особенно, в юношеском сознании процесс дегуманизации понятия смерти.

Представление об уважении к жизни, - считает Амбрумова А. Г., - превращено в догму, не поддержанную эмоционально. А догма, не ведя к конструктивной деятельности, теряет свою значимость. И превратившись в догму, представление о смерти встает в один манипулятивный ряд с такими понятиями как «уход», «отказ», «протест», то есть переходит просто, в одну из форм декларации своей позиции, превращается в требование, призыв, что создает почву для реализации суицидальной попытки.

Нельзя также не затронуть вопрос о рекламировании и создании атмосферы социального одобрения суицидальных моделей поведения, которые легче всего усваиваются и воспроизводятся социально не зрелыми людьми, а среди них подростками и юношами, как наиболее восприимчивыми к новым поведенческим образцам. Изображая самоубийц исключительно как лиц с тонкой душевной организацией, побуждаемых к роковому шагу логикой неумолимых обстоятельств, средства массовой

информации романтизируют самоубийство, придают им таинственно-привлекательный смысл, делают его символом подлинных страданий, твердости характера, долга, чести.

Таким образом, в формировании суицидального поведения большую роль играют общественно-экономические и морально-этические факторы - макросоциум, - влияющие на благополучие и прочность семейных отношений, а следовательно, и на развитие всей личности ребенка в целом. Однако анализ имеющихся в литературе данных показывает, что большинство исследований направлено на изучение «внутренних» факторов, детерминирующих суицидальное поведение. В этом аспекте чаще всего рассматриваются: психическое здоровье, характерологические особенности личности, ее мотивационно-потребностная, эмоционально-волевая, когнитивная сфера; специфика межличностного общения и области возникновения конфликтов и т.д.

На стыке «внешних», макросоциальных, и «внутренних» личностных причин самоубийства находятся конфликты, возникающие между личностью юноши и ближайшим социальным окружением, т.е. микросоциум.

Наибольшее значение приобретают постоянно или эпизодически возникающие:

- порицания со стороны значимого взрослого - любимого учителя, матери или отца;
- острые аффективные переживания, связанные с эротической сферой;
- межличностные конфликты, оказывающие травмирующие воздействия на психику молодого человека.

Большая ответственность в данных ситуациях ложится на плечи родителей и педагогов, действия которых должны быть очень осторожными и продуманными.

Для состояния, предшествующего суицидальной попытке, Риттель Э. ввел понятие «предсуицидального синдрома», в котором он выделил 3 признака:

- 1) сужение всей сферы психической жизни, ослабление переживания субъективной ценности мира;
- 2) торможение агрессии, направленной вовне, и переключение ее на собственную личность;
- 3) желание умереть и фантазирование на темы самоубийства, которые отличаются конкретностью и становятся доминирующей темой размышлений.

Все это сопровождается дисфорическими чувствами (печали, обиды, подавленности) и появлением психосоматических нарушений (бессонница, утомленность, вегетативные расстройства).

В литературе наиболее часто выделяют следующие мотивы подростковых самоубийств:

- конфликты с окружающими - 94% (в первую очередь с родителями - 66% или с любимым человеком);

- переживание обиды - 32%;
- чувство одиночества, стыда, недовольства собой, боязнь наказания - 38%;
- состояние здоровья — 15%.

К такому же выводу пришел Тихоненко В. А. Он ввел понятие «личностный смысл самоубийства» и выделил 5 типов суицидального поведения: протест, призыв, избегание, самонаказание, отказ. Для лиц молодого возраста, - указывает он, - конфликты развиваются преимущественно под знаком недостижения желаемого, в виде препятствий к реализации идеалов и самоактуализации. Поэтому суицидальное поведение в этом возрасте часто носит характер протеста, призыва, при которых моральная ответственность за самоубийство адресуется ближнему или дальнему окружению.

Данные, полученные от родителей, свидетельствуют, что о суицидальной попытке дети высказывались в 26% случаях. В то же время 73% самих суицидентов считает, что они в той или иной форме предупреждали о самоубийстве, но их либо не понимали, либо не придавали значения высказываниям. Наиболее частым способом совершения самоубийства молодые люди выбирают самоотравление с помощью фармакологических препаратов. На первом месте по частоте использования стоят транквилизаторы и барбитураты, затем седативные препараты и депрессанты. Это связано с различными причинами, не последнее место среди которых занимает общедоступность лекарственных препаратов.

Таким образом, в связи с увеличением подростковых самоубийств в настоящее время на первый план выходят проблемы психологического изучения структуры, особенностей личности и социального окружения молодых людей, совершивших суицидальную попытку. На основе полученной информации будет строиться диагностическая, профилактическая и психотерапевтическая работа с суицидентами и молодыми людьми, входящими в группу риска.

В рамках данной проблемы Орловой М.М. Орлова М.М., Попов А.И., Бойко О.В. Исследование суицидальных намерений старшеклассников. Бюллетень международной академии психологических наук. Вып. 2 Саратов – Ярославль, 1955 стр.124-125. было обследовано 465 подростков и юношей, обучающихся в общеобразовательных и средне специальных учебных заведениях г. Саратова.

Подростки, отметившие у себя наличие мыслей о самоубийстве, составили от 18% - в 14 лет до 44% в возрасте 16-17 лет.

Анализ полученных данных позволил сделать ряд выводов:

1. В целом с возрастом увеличивается количество молодых людей, отметивших у себя наличие суицидальных мыслей. При этом данная тенденция в большей степени выражена у девушек чем у юношей.

2. Среди основных причин, вызвавших кризис, наиболее часто были отмечены сложности межличностных отношений, прежде всего - отношения с родителями. С возрастом эта сфера становится менее патогенной. Вместе с

тем, 40% возможных причин появления суицидальных мыслей для девушек и в 17-летнем возрасте для юношей относится к этой сфере.

3. Важным моментом адаптивных механизмов в кризисной ситуации является обращение за помощью. Полученные результаты позволяют увидеть интересную закономерность: как у юношей, так и у девушек наблюдается довольно высокая ориентация на семью. У молодых людей обоих полов, отметивших у себя наличие суицидальных мыслей, количество обращений за помощью к родителям с возрастом снижается. Сильнее это выражено у девушек. У юношей с возрастом наблюдается увеличение количества ответов, в которых указывается, что они сами попытались бы справиться с трудной ситуацией. И наоборот, у юношей и девушек, не отметивших у себя наличие суицидальных мыслей, к 17 годам количество обращений за помощью к родителям в кризисной ситуации в два раза возрастает. Причем у девушек эта тенденция сильнее. Юноши же более ориентированы на себя (в 14 лет) и на друзей (в 15-17 лет). Следовательно, в ситуации конфликта с родителями девушки оказываются более уязвимыми.

4. Положительное отношение к самоубийству как выходу из кризисной ситуации снижается с возрастом во всех выделенных категориях молодых людей, хотя и остается достаточно высокой. Пик положительного отношения к самоубийству пришелся на 16-летие у девушек и 14-летие у юношей, охватив почти треть обследованных.

Анализ данных, полученных с помощью методики Леонгарда К. «Акцентуация характера», позволяет выделить характерные для девушек с суицидальными намерениями сочетание гипертимности, демонстративности и эмотивности. По-видимому, это сочетание оказывается патогенным, поскольку в кризисной ситуации наряду с высоким уровнем впечатлительности и стремлением обратить на себя внимание - даже иррациональными действиями - возникает потребность в совершении какого-то поступка. А так как суицидальное действие не является социально-одобряемым, то демонстрирование такого поведения отвечает мотивации протеста. Поэтому, помимо слабой эмоциональной саморегуляции, характерной для этого возраста, необходимо учитывать и общую энергетику человека, наряду с сильно выраженным стремлением обратить на себя внимание, то есть осуществить манипулирование ближайшим социальным окружением.

Наряду с этим актуальной становится проблема соответствия женскому или мужскому стереотипу, который определяет самооценку и процесс идентификации молодых людей. Интересен тот факт, что, по-видимому, ощущение несоответствия своей половой роли может стать дополнительным фактором суицидального риска. Так у девушек отсутствие возможности спонтанной реализации активности в сочетании с эмоциональной неуравновешенностью и стремлением обратить на себя внимание окружающих, приводит к выраженной агрессивной реакции, вступающей в противоречие с эталонами полоролевого поведения. В результате происходит инверсия агрессивности, которая из гетеро- переходит в аутоагрессию.

Анализ результатов, полученных с помощью МЦВ, позволяет сказать, что с возрастом пассивный тип реагирования в кризисной ситуации сменяется на активный; для всех обследованных юношей и девушек в возрасте от 14 до 17 лет свойственно наличие выраженности реакций эмансипации и группирования, которые детерминируются потребностями в признании, независимости, достижении, самостоятельности. Однако у юношей эти тенденции развиты сильнее по сравнению с девушками, которые ориентированы больше на индивидуальное общение.

По методике «Ценность - Доступность» ведущими ценностями для всех выделенных категорий молодых людей являются хорошие отношения с родителями, наличие верных преданных людей, наличие хорошего самочувствия и уверенности в себе. Наиболее часто для молодых людей конфликтными сферами становятся: уверенность в себе, хорошее самочувствие и хорошее отношение с родителями, удовлетворенность своим материально-финансовым положением.

Для девушек, отметивших у себя суицидальные мысли, характерно снижение средних значений по всем предложенным ценностям, что можно рассматривать как снижение субъективной ценности жизни.

Таким образом, ориентация на собственные силы в сочетании с наличием потребностей в независимости, самоуважении и признании на фоне ипохондричности создает сложную, противоречивую картину внутреннего мира, которая может являться провоцирующим фактором суицидального поведения.

Глава 5. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

5.1. История психологии здоровья

Двадцатый век будут вспоминать главным образом не как век политических изобретений, а как век, в котором общество осмелилось задуматься о здоровье всего человечества, как о практической задаче.

Арнольд Тойнби

Феномен здоровья можно рассматривать на телесном, психическом, духовном и социальном уровнях. Быть здоровым – значить иметь цели, верить в осуществимость намеченного. Нездоровье и болезнь, напротив, означают, что вы теряете возможность свободно следовать своим целям. Здоровье – это такое состояние, которое можно назвать «возможностью быть самим собой»; это способность и энергия заниматься тем, что нам необходимо, получая при этом удовольствие.

Упование на медицину как на панацею в охране здоровья оказалось тщетным. Главный эффект большинства достижений медицины заключается в том, что люди теперь способны жить дольше со своими болезнями.

Здоровье человека во многом зависит от природно-климатических, генетических, экономических, экологических, социальных и других факторов. Любая культура не может удовлетворить все заложенные в человеке потенциальные возможности и потребности, что является предпосылкой заболевания. Таким образом, патология является своеобразной расплатой за упущенные возможности в достижении здоровья. Каков же выход?

В последнее время в рамках медицинской психологии развивается новое направление – *психология здоровья*, возникшее на стыке психологии и валеологии, т.е. науки о здоровье. *Объектом психологии здоровья является*

«здоровая» личность. Цель психологии здоровья выходит за пределы только сохранения здоровья: здесь здоровье рассматривается в качестве оптимальной предпосылки самоосуществления человека на Земле. К частным областям сохранения и развития индивидуального и общественного здоровья относятся:

- 1) профилактическая наркология;
- 2) психосоматическая медицина;
- 3) семейное здоровье;
- 4) обучение здоровью.

Как самостоятельное научное направление психология здоровья начала формироваться за рубежом. В 1958 г. М. Ягода (р. 1907) выдвигает шесть критериев психического здоровья: 1) позитивная установка по отношению к собственной личности; 2) духовный рост и самореализация; 3) интегрированная личность; 4) автономия, самодостаточность; 5) адекватность восприятия реальности; 6) компетентность в преодолении требований окружающего мира (цит. по: Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. СПб., 2002. С. 56). В 1978 г. в Американской психологической ассоциации вводится отделение психологии здоровья. Собственно содержание психологии здоровья было впервые сформулировано Ж. Матараззо в 1980 г. на основе психосоматической и поведенческой медицины. В 1977–1980 гг. А. Ангьял (1902-1960) предложил биопсихосоциальную модель, в рамках которой болезнь и здоровье рассматривались следующим образом: человек – сложная, многозначная система → лечение должно быть целостным → отношения между человеком и внешним миром активны → человек способен к самоконтролю, самореализации и самоуправлению. Несовершенство в реализации этих функций благоприятствует развитию стресса, усугубляет его переживание и в конечном счете ведет к возникновению различного рода заболеваний. Здоровье людей в очень большой, если не в определяющей мере, зависит от

них самих. Соответственно и факторы риска для здоровья человека находятся в нем самом.

К началу 1990-х гг. в США действует уже более 5 тыс. программ по охране психического здоровья, в Великобритании принят документ «Здоровье нации», а в Европе – программа «Здоровье для всех». Увеличивается количество центров психического здоровья. Группы оказания самопомощи в укреплении собственного здоровья распространяются по всему западному миру.

В нашей стране психология здоровья еще только проходит начальную стадию своего становления. Вместе с тем *в отечественной медицине существуют традиции, связанные с активной социальной профилактикой и ориентацией на личность и ее здоровье.* Во второй половине XX в. в России стали формироваться специальные направления, всецело сосредоточенные на концепции здоровья: *санология и валеология.* Как наука о здоровье санология включает в себя теорию и практику измерения, охраны, укрепления и восстановления здоровья¹. В рамках данного направления предполагалось формирование действенного общественного идеала, в соответствии с которым здоровье есть высшая ценность, а здоровый образ жизни – естественная форма поведения субъекта. Термин «валеология» (от лат. valeo – здравствовать, быть здоровым) предложен в 1980 г.² Эта научная дисциплина должна была носить интегративный (комплексный) характер, формируясь на стыке экологии, биологии, медицины, психологии, педагогики и других наук³.

¹ Подробнее см.: *Войтенко В. П.* Здоровье – здоровых. Введение в санологию. Киев, 1991.

² См.: *Брехман И. И.* Валеология – наука о здоровье. М., 1990.

³ См., например: *Апанасенко Г. А., Попова Л. А.* Медицинская валеология. М., 2000; *Колбанов В. В.* Валеология. Основные понятия, термины, определения. СПб., 1998; *Татарникова Л. Г.* Педагогическая валеология. Генезис. Тенденция развития. СПб, 1995.

В 1991 г. в журнале «Вестник ЛГУ» была опубликована статья «Психология здоровья»; ее авторы сформулировали основные задачи данного направления психологической науки¹. В 1996–2002 гг. публикуются работы, раскрывающие критерии оценки и самооценки физического, психического и социального здоровья². В 1998 г. выходит в свет первое отечественное учебное пособие по психологии здоровья³, а годом спустя - монография под названием «Социальная психология здоровья»⁴. В 2000 г. публикуется коллективная монография Санкт-Петербургского университета «Психология здоровья» и проходит первая конференция, посвященная вопросам психического здоровья.

¹ *Водопьянова И. Е., Ходырева И. В.* Психология здоровья // Вестник ЛГУ. Серия 6. 1991. Вып. 4.

² См., например: *Никифоров Г.С.* Психология здоровья. СПб. 2002.

³ *Ананьев В.А.* Введение в психологию здоровья : учеб. пособие. СПб., 1998.

⁴ *Гурвич И. Н.* Социальная психология здоровья. СПб., 1999.

Таким образом, к настоящему времени медицинская психология и психотерапия накопили достаточно теоретических представлений о сущности человека, дающих возможность использовать их в решении задач адаптации личности к требованиям жизненной среды, повышения качества жизни, создания условий для индивидуального развития.

5.2. Психоаналитические подходы к анализу здоровой личности

...формулы, отчеканенные психоанализом, настолько проникли в «кровь» западной культуры, что ее представителям стало значительно легче мыслить на их основе, чем вне их.

Стефан Цвейг

Психотерапевтический метод, разработанный **Зигмундом Фрейдом** (1856-1939), подчеркивает внутреннюю противоречивость личности, в которой противопоставляются два вида психической активности: сознательная и бессознательная. Процесс развития человека, направленный на адаптацию, предполагает освобождение от взаимного противоречия двух видов активности и укрепление структуры «Я», способного примирить тенденции «Оно» и «Сверх-Я». Согласно этой концепции, лечение состоит в том, чтобы довести до сознания смысл ситуации, данной вначале в аффективном выражении, и сделать приемлемыми для сознания те страдания, которые тело отказывается терпеть.

«Я» – инстанция воинствующая, защитная, охраняющая, она выполняет главным образом функцию опосредования, т.е. основная функция «Я» состоит в установлении отношений между субъектом и объектом его желания. Становление «Я» осуществляется через возрождение субъектом своего «Оно». Таким образом, смысл психоанализа сводится не к подавлению влечений, а к свободному их выражению; к тому, чтобы желать узнать причины, т.е. осознать детерминированность своего поведения. Пациенту предоставляется право выбора: бороться со своими влечениями или дать им возможность свободно проявлять себя.

Создатель аналитической психологии **Карл Густав Юнг** (1875-1961) видел цель психоаналитической терапии не только в устранении болезненного симптома, но и в укреплении здоровья, стремлении помочь пациенту достичь душевной зрелости. Согласно Юнгу, целью процесса индивидуализации является синтез различных аспектов сознательной и бессознательной жизни: если человек живет, он должен бороться и жертвовать тоской, чтобы восходить к своему собственному росту. Излечение является процессом идентификации человека с целостной личностью, с *самостью* - ключевым архетипом в аналитической психотерапии. Целью преобразования, по Юнгу, является не социальная норма как таковая, а развитие: «...понятие адаптации является ограниченным,

предполагая нечто усредненное.... «нормальный человек» - идеальная цель для неудачников, для всех тех, кто находится ниже общего уровня приспособляемости... Достижение сознательной адаптации не является стимулом для людей, которым она дается с детской легкостью»¹.

¹ Юнг К. Г. Проблемы души нашего времени. М. : МПСИ, 1993. С. 30.

Важное место в психотерапии пациента на пути к его целостности Юнг отводил осознанию *переноса*. Процесс переноса он рассматривал как частную форму более общего психологического механизма *проекции*. Этот механизм предполагает перенесение или приписывание собственных чувств, мыслей, намерений другому человеку, т.е. вовлечение других людей в процесс внутреннего расщепления личности. Для снятия переноса необходимо добиться от пациента осознания субъективной ценности личностного и безличного содержания его переноса; понимания того, что приписываемые объекту оценки являются его собственными качествами. Лечение невроза, означающее требование стать целостной личностью, предполагает узнавание и ответственность за свое целостное бытие, за его хорошие и плохие стороны.

Процесс *индивидуализации*, понимаемый Юнгом как «путь к себе», имеет целью осознание пациентом некоего центра внутри его психического бытия, позволяющего не связывать более свое счастье, а иногда и жизнь с некими внешними посредниками - будь то люди, идеи, обстоятельства. Его можно рассматривать как основной механизм здоровья личности: излечение является процессом идентификации человека с целостной личностью, с самостью.

Юнг предполагает *структуру духовной жизни*, выходящую за пределы индивидуальной биографии человека. Составными компонентами этой структуры выступают¹:

1) *сознание*;

2) *личное бессознательное*, состоящее прежде всего из *содержаний*, которые стали бессознательными либо в силу того, что они потеряли свою интенсивность и поэтому оказались забытыми, либо же потому, что от них отстранилось сознание (так называемое вытеснение); кроме того, сюда можно включить те содержания, отчасти перцепции, которые из-за слишком малой интенсивности никогда не достигали сознания и все же каким-то образом проникли в психику;

3) *коллективное бессознательное*, являющееся областью всевозможных представлений, но не индивидуальной, а общечеловеческой и даже общеживотной, и представляющее собой фундамент индивидуальной психики.

¹ Там же. С. 125.

Юнг считал, что осознание вытекает из неосознанного состояния, что и определяет душевную жизнь. Это требует усилия, ведь согласно Юнгу, душевная жизнь представляет собой развитие, которое может прекратиться уже на самых низших ступенях. Для того чтобы этого не произошло, процессы самовоспитания должны сопровождать человека всю его жизнь: «Большие жизненные проблемы никогда не разрешаются навсегда. Если они однажды покажутся нам разрешенными, то это будет идти нам только в ущерб. По-видимому, смысл и цель существования таких проблем заключается не в их разрешении, а в том, чтобы мы беспрестанно над ними работали. Одно это оберегает нас от отупения и закаменения»¹.

¹ Там же. С. 193.

Основатель индивидуальной психологии **Альфред Адлер** (1870-1937) разработал холистическую систему рассмотрения человека и пришел к пониманию каждого индивидуума как интегральной целостности в социальном контексте. Он утверждал, что цели и ожидания больше влияют на поведение человека, чем прошлый опыт. Жизненные цели и чувство *общественного* служат индивидууму для защиты против чувства беспомощности. Под чувством общественного Адлер понимал «чувство человеческой солидарности». Он указывал, что под влиянием социальных условий (воспитание) в течение первых лет жизни, когда ребенок находит свое собственное «Я», все душевные феномены представляют собой творческие усилия. Поэтому в основе закладываемой душевной структуры лежат не объективные значения, а индивидуальные впечатления. Это несоответствие формирует то напряжение, которое Адлер называет чувством *неполноценности*, являющееся важным источником бессознательного стремления к совершенству. Таким образом, будущее становится для ребенка той областью, которая должна принести ему *компенсацию*. Состояние борьбы также отражается в его чувстве неполноценности, и компенсацией для него является только то, что надолго упраздняет его жалкое нынешнее положение и возвышает его над всеми другими.

Вопрос об адекватной теории воспитания - один из самых спорных в психоанализе. Например, З. Фрейд считал задачу воспитания одной из самых неразрешимых. В частности, эта проблема по-разному понималась такими специалистами по детскому психоанализу, как **Анна Фрейд** (1895-1982) и **Мелани Клейн** (1882-1960). Анна Фрейд полагала, что «Сверх-Я» маленького ребенка еще малоэффективно, а психоанализ слишком быстро привел бы к удовлетворению его желаний. Будущая же его жизнь как взрослого не сулит подобных быстрых удовлетворений, поэтому нужно укреплять «Сверх-Я» ребенка, готовить его к тому, чтобы в дальнейшем он мог успешно противостоять неудовлетворенным желаниям. В свою очередь, Мелани Клейн считала, что ребенок слишком рано начинает испытывать на

себе очень сильное давление со стороны своего «Сверх-Я», которое нужно просто ослабить, помогая ребенку тем самым выдержать это давление.

В концепции Клейн *страх* отводится чрезвычайно большое место. Основная активность ребенка направлена на преодоление страха, возникающего в связи с разделением объектов желания (в самом общем смысле) на хорошие и плохие. Все, что может удовлетворить желание, способно в любой момент обрести положительное или отрицательное значение, связываясь с агрессивностью, направленной против другого или против самого себя. Объект желания является, следовательно, хорошим или плохим, без того, однако, чтобы эта оценка была закреплена за ним окончательно. Если «хороший» объект находится вовне и ребенок, чтобы овладеть им, устремляется исключительно к внешнему миру, отодвигая на задний план все остальное, например собственное тело, выступающее в таком случае в качестве «плохого» объекта, то мы имеем дело с ситуацией невроза. Если же, напротив, «хороший» объект локализуется внутри и именно здесь ребенок пытается его найти, то наблюдается психотическое бегство от действительности, называемое *разрывом с реальностью*.

Представитель неопсихоаналитического направления **Карен Хорни** (1885-1952) считает, что каждый человек обладает собственным личностным потенциалом развития, конструктивная реализация которого позволяет индивиду достигать цели, добиваться успехов и постепенно становиться тем, кем он может и хочет стать. Воспитание без любви, заботы и уважения к индивидуальности ребенка блокирует здоровое стремление к самоактуализации и замещает его на стремление к безопасности – основной невротической потребности. Достигается это за счет одного из *трех типов защитной реакции*: беспомощности, агрессивности и отгороженности. *Защитный механизм беспомощности* выражается в слишком сильном стремлении соглашаться с желаниями других. *Защитный механизм враждебности* основан на убеждении, что в жизни выживает сильнейший. Прибегающий к такому способу защиты человек отрицает теплые,

непосредственные отношения между людьми, предпочитая манипулировать ими. *Защитный механизм ухода* выражается в отказе от интимных, дружеских и просто бытовых контактов с друзьями, в то время как здоровый человек предпочитает свободно общаться, используя различные стратегии поведения в зависимости от ситуации.

Другой вариант невротического реагирования, сформированный при игнорировании потребностей и личности ребенка – это создание идеализированного образа самого себя, что заставляет человека ставить перед собой практически неразрешимые цели и задачи, предопределяющие неизбежное поражение, угрозу собственному «Я» и необходимость соответствовать нереалистичным и недостижимым целям. Эффективность психотерапии Хорни рассматривает как возможность для пациента осознать и реализовать себя подлинно.

Таким образом, здоровый человек в рамках психоаналитической традиции – это человек осознающий детерминированность своего поведения, ставящий цели развития своей личности, т.е. принимающий ответственность за все свои проявления, способный испытывать и выражать солидарность с другими людьми.

5.3. Психология здоровья и гуманистический психоанализ

Когда все в поднебесной узнают, что прекрасное – это прекрасное, тогда и возникает безобразное, когда все узнают, что добро – это добро, тогда и возникает зло. И потому то, что порождает друг друга – это небытие, то, что уравнивает друг друга – это тяжелое и легкое, то, что ограничивает друг друга – длинное и короткое, то, что служит друг другу – это высокое и низкое, то, что вторит друг другу – это голос и звук, то, что следует друг за другом – это прошедшее и наступающее, и так без конца. Вот мудрый и живет себе спокойно, свободный от необходимости заниматься делами, действуя руководствуясь «знанием без слов».

Большое влияние на формирование представлений о здоровой личности оказал *дзен-буддизм*. Психология рассматривает дзен не как религию или философию, а как образ жизни, обеспечивающий человеку гармонию с самим собой и окружающим миром, избавляющий от страха и ведущий к свободе и полной духовной самореализации. Автор концепции гуманистического психоанализа **Эрих Фромм** (1900-1980) писал: «Со времен Декарта человек все более отрывал свою мысль от чувств, в этом процессе человек превратил себя в вещь, «иметь» получило господство над «быть»... нет иной цели, кроме желания избегать опасности и одиночества»¹. Определение «благой жизни», по Фромму, есть бытие в согласии с природой человека, а жить – это значит ежесекундно рождаться, ибо «смерть наступает с концом рождений».

¹ Фромм Э. Психоанализ и дзен-буддизм. М., 1993. С. 7.

Факторами, способствующими «благой жизни», являются максимальная открытость и непредвзятое отношение к миру и к самому себе. Мир познается через реальное, эмоциональное переживание и творческое взаимодействие с миром и с собой, т.е. взаимодействие, создающее новое знание о мире и о самом себе. Процесс познания связан с риском пересмотра собственного «Я». Согласно Фромму, это означает преодоление «жадного самосохранения», оставление иллюзии неразрушимого и обособленного Эго. Такая задача не сводится только к избавлению от болезни, она выходит на уровень *этической цели* достижения «благой жизни», где благо понимается как полное единение с миром. Целью при этом является не иметь что-либо: здоровье, репутацию, семью и т.д., а быть, быть самим собой.

Как для психоанализа, так и для философии дзен достижение их целей приходит вместе с этической трансформацией. Они не заставляют человека

вести добродетельную жизнь с помощью подавления «дурных» желаний, но предполагают, что такие желания «расплавятся и исчезнут в свете и тепле расширенного сознания».

Дзен-буддизм возник как синтез индийского буддизма и распространённого в Китае даосизма. Его главный принцип — невозможность выразить высшую истину в словах и знаках и постичь ее в рамках дискурсивно-логического мышления. Наиболее важный аспект обучения связан с повседневной жизнью и необходимостью научиться разрешать свой личный парадокс, т.е. свой личный вопрос, проблему. Но личный парадокс не имеет окончательного решения, а потому проблема может быть разрешена только изменением себя, т.е. меняется не проблема, а твое отношение к ней. Таким образом, основная идея философии дзен – это соприкосновение с внутренней работой собственного бытия, которая осуществляется самым прямым путем, не обращаясь ни к чему бы то ни было внешнему или придуманному. Так и у Фромма, если подавление снять целиком, то бессознательного, противостоящего сознанию, больше нет, есть прямой и непосредственный опыт. Насколько человек не чужд самому себе, настолько никто и ничто ему не чужды. Насколько человек отчужден от себя самого, настолько его восприятие мира ложно. Ложь возможна лишь в состоянии отчуждения, когда реальность воспринимается одной мыслью¹.

¹ См.: Фромм Э. Психоанализ и этика. М., 1993

Проблема здоровья отдельного человека должна быть осмыслена с точки зрения проживания в социуме: *можно ли быть здоровым в обществе?* А. Уоттс считает, что само наличие системы, договора, игры предполагает наличие правил. Без согласия относительно правил совместной игры нет и самой игры. Если это осознается, правила игры наделяют человека независимостью, поскольку он сам их выбрал, и отнимают ее, поскольку теперь он действует не как-нибудь, а по правилам. Если это не осознается –

правила игры воспринимаются как некая реальность, причем не внешняя, а внутренняя, что делает невозможным как анализ ситуации, так и поиск выхода¹.

¹ См.: Уоттс А. Психотерапия. Восток и Запад. М., 1993

Уоттс подчеркивает, что практическая мораль, с постоянным самоотказом и откладыванием наступления грядущего, создает будущее, которым никто никогда не насладится, поскольку вместе с его наступлением, все утратят способность жить настоящим. Пока человек защищается от своего страха смерти, он не способен полноценно прожить настоящее.

В отношении воспитания здорового ребенка Уоттс считает, что дети должны научиться «жить по правилам» (Фрейд в подобном случае говорил, что ребенок должен научиться контролю над своими влечениями). Невозможно даровать ребенку полную свободу так, чтобы он мог подчиняться своим влечениям без ограничения. Это было бы весьма поучительным экспериментом для детской психологии, но сделало бы невозможным жизнь родителей, равно как и принесло бы серьезный вред самим детям. Если воспитатель понимает ограниченность правил конкретной ситуацией, конкретным договором, понимает, что воспитание детей представляет игру с ними, он дает возможность выбора и сохраняет самооценку ребенка и его принятие. Ребенку не надо доказывать свое право на любовь.

Таким образом, декларируется относительность социальных правил, социальных ролей, неизменность «Я» при безусловности развития, самого процесса жизни в единстве человека с самим собой, миром, другими людьми. Факторами, определяющими здоровье личности, в гуманистическом психоанализе являются максимальная открытость миру и самому себе. Возможность воспринимать все происходящее не как проблему, а как познание.

5.4. Психология здоровья и гештальттерапия

Помня о своей цели, будь терпелив,
Ведь изменения – это то,
Что приходит не сразу,
Но как бы само собой.
Лао Дзы

Метод *гештальттерапии* разработан немецким психологом и психотерапевтом, впоследствии эмигрировавшим в США **Фредериком Перлсом** (1893-1970) под влиянием идей гештальтпсихологии, экзистенциализма и психоанализа (в свое время Перлс прошел учебный анализ у К. Хорни, Х. Дойч, Э. Хичмана, В. Райха). Этот метод возник в русле феноменологического подхода, подчеркивающего необходимость осознания пациентом настоящего и важность непосредственного эмоционального переживания. Переехав в Америку Перлс в 1952 г. основал Институт гештальттерапии. Согласно представлениям авторов гештальттерапии здоровый человек находится в равновесии с самим собой и окружающим миром. Для сохранения гармонии нужно лишь довериться «мудрости тела», прислушиваться к потребностям организма и не мешать их реализации, т.е. быть самим собой и осуществлять свое «Я». Иначе говоря, авторы этого метода полагают, что в проблемной ситуации мы уже имеем знания о том, как она может быть разрешена. Вместе с тем мы научились не пользоваться этими знаниями и все, что необходимо – это способы разблокировать доступ к собственным возможностям.

Невозможность пользоваться имеющимся потенциалом объясняется стремлением человека к совершенству. Это стремление подменяет требования к глубине, которая могла бы стать естественным способом контакта с миром, если бы мы не были столь равнодушны к нему. Человек

ищет миру замены в окружающих его стимуляторах: представлениях, фантазиях, воспоминаниях, блокируя настоящее. Больным является человек, хронически препятствующий удовлетворению собственных потребностей и следующий ценностям, навязанным извне, поскольку это приводит к нарушению процесса самореализации личности.

Гештальттерапия опирается на три основных понятия: осознанность, ответственность и актуальность. Все три механизма взяты из самого переживания, которое может быть только *актуальным*, т.е. конкретным и происходящим здесь и сейчас; *ответственным* – мы делаем то, что делаем; *осознанным* – мы знаем, что мы делаем и переживаем вне зависимости от того, как мы себя обманываем, претворяясь, что искренни с собой. Процесс отчуждения от реальности связан с неверием в позитивность результата, что компенсируется созданием идеального будущего или прошлого.

В рамках гештальттерапии на пути к раскрытию истинной индивидуальности пациент проходит через пять уровней, которые Перлс называет уровнями невроза.

Первый уровень – это *уровень фальшивых отношений, уровень игр и ролей*. Живя согласно ожиданиям других людей, человек не способен удовлетворить собственные цели и ожидания. Отказываясь от самого себя, больной неврозом стремится быть кем-то другим.

Второй уровень – *фобический*, связан с осознанием фальшивого поведения и манипуляцией. Но когда пациент представляет, какие последствия могут возникнуть, если он начнет вести себя искренне, его охватывает чувство страха. Человек боится быть тем, кем он является.

Третий уровень – *тупик*: человек не знает что делать, куда двигаться. Он переживает утрату поддержки извне, но еще не готов или не хочет использовать свои собственные ресурсы, внутреннюю точку опоры.

Четвертый уровень – *имплозия*. Это состояние внутреннего смятения отчаяния, отвращения к самому себе, обусловленное полным осознанием

того, как человек ограничил и подавил себя. На этом уровне индивид может испытывать страх смерти.

Пятый уровень – *эксплозия* (взрыв). Достижение этого уровня означает обретение способности к переживанию и выражению своих истинных эмоций.

Таким образом, достижение самого себя возможно через страдание и отказ от себя «защищенного» ради рождения себя «настоящего». Отношения с другими людьми сформированы гештальттеорией в так называемой молитве гештальтиста: «Я делаю свое, а ты делаешь свое, я живу в этом мире не для того, чтобы соответствовать твоим ожиданиям. А ты живешь не для того, чтобы соответствовать моим. Ты – это ты, а я – это я. И если случится найти друг друга – это прекрасно. Если нет, этому нельзя помочь».

Гештальттерапия различает четыре невротических механизма на границе «Я», предшествующих достижению индивидуумом психического уровня здоровья и зрелости: слияние, ретрофлексия, интроекция и проекция. Слияние – это невротический механизм избегания контакта. Слияние происходит, когда индивидуум не может дифференцировать себя и других, не может определить, где кончается его «Я» и где начинается «Я» другого человека («Мы» вместо «Я»). Слияние патологично, только когда оно поддерживается как средство предотвращения контакта: после того как контакт достигнут и прожит, слияние имеет совершенно другое значение.

Ретрофлексия (букв. «поворот назад, в противоположную сторону»), *рефлексия поведения* – это делание себе того, что первоначально человек делал, пытался или хотел делать другим людям или с другими людьми либо объектами. Этот механизм реализуется потому, что человек встретился с препятствием, которое в тот момент было для него непреодолимо. Его наказали за намерение преодолеть это препятствие, и, чтобы избежать боли и опасности, связанных с новыми попытками, он сдался. Наказание не устраняет потребность в поведении, которое наказывается, человек лишь научается сдерживать соответствующие реакции. Желание остается таким же

сильным и, не будучи удовлетворяемым, постоянно активизирует потери мышечного тонуса. Сдерживание достигается напряжением мышц, антагонистических тем, которые вовлекаются в наказуемое действие. То, что первоначально было конфликтом организма и среды, превратилось во внутренний конфликт.

Если ретрофлексия находится под *сознаваемым контролем*, т.е. человек в данной ситуации подавляет определенную реакцию, выражение которой повредило бы ему, никто не будет оспаривать нормальность такого поведения. Но ретрофлексия патологична, если она осуществляется по привычке, *без контроля*. Когда человек обнаруживает свое ретрофлексирующее бесконтрольное действие и вновь обретает контроль над ним, все части организма выступают на защиту ретрофлексии, как бы предотвращая катастрофу. Человека охватывают замешательство, страх, чувство вины и потребность обвинять других, как будто осуществляется нападение на тело, на саму его жизнь. Нужно постепенно привыкнуть к этим возрождаемым непривычным чувствам и научиться пользоваться ими. *Интроект* – это и есть тот материал, способ поведения, чувствования, оценки, который индивид принял в свою систему поведения, но не ассимилировал таким образом, чтобы он стал частью его организма.

Наконец, *проекция* – это черта, установка, отношение, чувство или фрагмент поведения, которое в действительности принадлежит человеку, но не ощущается им в качестве такового, а приписывается объектам или людям в окружении и затем переживается как направленное ими на него, а не наоборот. Для функционирования проекции необходимы ретрофлексия и слияние.

В проекциях человек осознает и импульс, и объект в среде, но не отождествляет себя со своим агрессивным намерением и не осуществляет его, так что в результате он теряет ощущение того, что этот импульс принадлежит ему. Вместо этого он стоит неподвижно и, сам того не понимая, ждет решения своих проблем извне.

Итак, гештальтпсихология воспринимает личностное здоровье как максимальный контакт с реальностью, в том числе реальностью собственной психической и эмоциональной природы, глубину переживания происходящего, осознанность и ответственность.

5.5. Эго-психология и здоровье личности

Нет никаких средств от рождения и от смерти, а есть средства только для того, чтобы с удовольствием провести время между ними.

Дж. Сантьяна

Даже если вы на правильном пути, вас задавят, если бы будете просто сидеть на дороге.

Уилл Роджерс

Эго-психология – это направление психоанализа. Его представители считают, что наиболее важную и независимую роль в функционировании личности играет «Я», которое осуществляет борьбу с влечениями, регулирует взаимоотношения личности со средой и при этом является автономным образованием с определенными структурами и защитными механизмами. Понятие *конфликта* в эго-психологии заменяется понятием *диалога индивида со средой*. Процесс развития «Я» сводится к адаптации, стремлению к самостоятельности и стабильности личности. Главными представителями направления эго-психологии являются А. Фрейд и Э. Эриксон.

Эрик Хомберг Эриксон (1902–1994) пытался сблизить культурное влияние и индивидуальную психологию, он изучал взаимодействие социальных и культурных форм с силами становления зрелости, раскрывающимися в индивиде. Понятие психического здоровья рассматривалось им через понятие идентичности. Согласно Эриксону, *идентичность* обозначает твердо усвоенный и личностно принимаемый образ себя во всем богатстве отношений личности к окружающему миру, чувства адекватности и стабильного владения личностью собственным «Я»,

независимо от изменений «Я» и ситуации, способность личности к полноценному решению задач, возникающих перед ней на каждом этапе ее развития.

Эриксон выделяет *восемь стадий формирования идентичности*, на каждой из которых человек делает выбор между двумя альтернативными фазами решения возрастных и ситуативных задач развития. Характер выбора сказывается на всей последующей жизни в смысле ее успешности и неизменности.

На *первой стадии* (от рождения до полутора лет) младенец решает функциональный вопрос всей своей последующей жизни – *доверяет он окружающему миру или нет*. Это вопрос решается им через общение со взрослыми при значительной роли матери. Степень доверия, по-видимому, зависит не от абсолютного количества еды или демонстрации любви, а от качества связи ребенка с матерью. Критерием сформированности доверия к миру Эриксон считает способность ребенка спокойно переносить исчезновение матери из поля зрения. Наиболее краткой и точной формулировкой идентичности, являющейся завоеванием самого раннего детства, может быть следующее: «Я есть то, что, надеюсь, я имею и даю».

Вторая стадия (18 месяцев – 4 года) – *прогрессирующая автономность младенца* – позволяет ребенку перейти к решению другой задачи: обретению самостоятельности (альтернативный негативный вариант – неуверенность в себе, стыдливость, непрерывные сомнения). На этой стадии формируется навык *самоконтроля*: чувство самоконтроля без потери самоуважения является источником свободной воли; чувство потери самоконтроля и родительского внешнего контроля порождает устойчивую склонность к переживанию сомнения и стыда.

Есть индивидуальные пределы терпения и у ребенка, и у взрослого перед лицом требований, которые заставляют их считать себя – свое тело, свои нужды, свои желания – чем-то злостным и грязным и верить в непогрешимость тех, кто выдвигает все эти требования. Если взрослые

сверхтребовательны к ребенку или, напротив, спешат сделать за него то, что ему под силу сделать самому, то у него развивается стыдливость и нерешительность. В некоторых случаях ребенок может проявлять протестную реакцию, проявляющуюся в безразличии к мнению окружающих. Последствия стадии автономии: «Я есть то, что могу свободно желать».

Третью стадию (4 года – 6 лет) Эриксон называет *локомоторно-генитальной*, или *эдиповой*. Здесь реализуется альтернатива между инициативой и чувством вины. Это возраст игры, овладения реальностью посредством экспериментирования и планирования. В пространстве ребенка появляется все больше людей. Конец третьего года, когда хождение становится для ребенка делом легким и привычным, он может открывать окружающий мир, сочетая дозволенные ему действия с собственными способностями.

Великим правителем, регулятором инициативы является сознание. У ребенка вырабатывается «внутренний голос» самонаблюдения, саморегуляции, самонаказания. Это свидетельствует о формировании *нравственности*. Если это великое достижение будет чрезмерно эксплуатироваться взрослыми, то сознание ребенка может стать примитивным, жестким и бескомпромиссным: он начинает скрупулезно выполнять требования родителей или же у него развивается чувство обиды из-за кажущегося несоответствия образа жизни родителей тем нормам, которые они стараются привить ребенку. Один из самых глубоких конфликтов в жизни обусловлен ненавистью к родителям, которые вначале служили для ребенка моделью, а потом обнаружили перед ним стремление «замести следы» таких своих неблагоприятных поступков, с которыми ребенок внутренне уже не может смириться. Тогда он начинает понимать, что дело не в некотором универсальном «хорошо», а в том, на чьей стороне сила. В результате к исходно присущему качеству «все или ничего» добавляется подозрительность и уклончивость, что делает человека с такой моралью

потенциально опасным и для него самого, и для его близких. Мораль, таким образом, может превратиться в синоним наказания и обуздания других.

Патологические последствия этой стадии могут проявиться лишь спустя значительное время, когда связанные с инициативой конфликты найдут свое выражение в отвержении или самоограничении, которые удерживают индивида от полной жизни с проявлением всех своих возможностей, фантазий и чувств, если не приведут к относительной сексуальной импотенции или фригидности. Воспитание, не создающее таких проблем, – это игра со взрослыми, многозначность и естественность отношений в семье. Вклад этой стадии в формирование идентичности: «Я есть то, чем, могу вообразить, я стану».

Четвертая стадия (6 -11 лет) связана с овладением ребенком различными умениями, в том числе и умением учиться. Здесь формируется чувство умелости, потребности, а при негативном протекании возраста – неполноценности. Опасность этой стадии – развитие отчуждения от самого себя и от своих задач – хорошо известное чувство *неполноценности*. Оно может быть обусловлено неудовлетворенным разрешением предшествующего конфликта.

Хорошие учителя знают, как приобщить ребенка к какому-то делу и не упустить тех детей, для которых школа временно неважна и которые рассматривают ее как что-то, что необходимо перетерпеть, а не то, от чего можно получать удовольствие. Они также имеют подход к тем детям, для которых в это время друзья намного более значимы, чем учителя. Со своей стороны, разумные родители видят необходимость в развитии у своих детей доверительного отношения к учителям и поэтому хотят иметь учителей, которым можно доверять. Здесь «ставится на карту» не что иное, как развитие и поддержание в ребенке *положительной идентификации* с теми, кто знает вещи и знает, как делать вещи.

Развитие чувства неполноценности, переживания, что из тебя никогда ничего хорошего не выйдет, – вот та опасность, которая может быть сведена

к минимуму педагогом, знающим, как подчеркнуть то, что человек может сделать. Еще одна опасность этого периода состоит в том, что чрезмерно конфликтный ребенок может воспринять работу как единственный критерий собственной ценности, т.е. с излишним рвением.

Пятая стадия (11 – 20 лет) ключевая для приобретения чувства идентичности. Перед подростком стоит задача объединения всего, что он знает о себе самом. Все это он должен объединить в единое целое, осмыслить, связать с прошлым и спроецировать на будущее.

Если достижения предыдущей стадии связывались с тем, что ребенок свободно *желает*, то подростковый период характеризуется поиском возможностей свободного выбора подростком путей исполнения своих *обязанностей* и своего *долга* и в то же время страхом оказаться вовлеченным в такую деятельность, где он будет ощущать неуверенность в своих силах. Негативные проявления этого периода называются *кризисами идентичности*.

Первая из этих форм – *кризис интимности*. Юноша, не уверенный в своей идентичности, избегает входить в близкие отношения или же, напротив, бросается в беспорядочные интимные контакты без настоящего единения или действительного самозабвения. В позднем отрочестве или ранней взрослости его отношения с другими людьми становятся весьма стереотипными, а сам он приходит к глубокому чувству изоляции. Человек может добиться многого в своей жизни и даже производить вполне благополучное впечатление, но его внутренняя проблема остается нерешенной, из-за того что он никогда не будет себя чувствовать самым собой. Неотъемлемой частью интимности является *дистанцированность*, т.е. возможность для человека отвергать, изолировать, и, если необходимо, разрушать те силы и тех людей, сущность которых кажется ему опасной.

По мере того, как очерчиваются сферы взрослой ответственности, субъект приходит к формированию *этического чувства*. Когда З. Фрейд спросили, что, по его мнению, должен уметь хорошо делать нормальный человек, тот ответил: «Любить и работать». Под словом «любить» Фрейд

подразумевал великодушие интимности, а под фразой в целом – общую рабочую продуктивность, которая не должна занимать индивида настолько, чтобы он мог потерять свое право или возможность быть сексуальным любящим существом.

Новообразование данной стадии формирования идентичности основывается на формуле: «Мы есть то, что мы любим». Однако при неблагоприятном протекании может возникнуть спутанная идентичность, сопряженная с мучительными сомнениями относительно себя, своего места в группе, обществе, с неясностью жизненной перспективы. И именно на *шестой стадии* (21 – 25 лет) решается глобальный вопрос о принципиальном выборе между широким полем установления дружеских и семейных связей с перспективой воспитания нового поколения и изоляционизмом, свойственным людям со спутанной идентичностью и другими, еще более ранними ошибками в линии развития.

Зрелому человеку необходимо, чтобы в нем нуждались. Эта потребность реализуется в различных формах альтруистической заботы и творчества. Там, где обогащения не происходит, место занимает регресс со скукой и оскудением контактов, ранняя инвалидность - физическая или психологическая. Новообразование этой стадии: «Я есть то, что я выбираю».

Седьмая стадия (25 – 50/60 лет), занимающая львиную долю человеческой жизни, связана с противоречием между способностью человека к развитию, которое он получает на основании обретенного на предыдущих стадиях, и личностным застоєм, медленным регрессом личности в процессе обыденной жизни. Наградой за овладение способностью к саморазвитию является формирование человеческой индивидуальности, неповторимости. Поднимаясь над уровнем идентичности, человек обретает редкостную способность быть самим собой.

Лишь обрета жизненный опыт, обогащенный заботой об окружающих людях, и в первую очередь о детях, творческими взлетами и падениями, человек обретает *интегативность* – завоевание всех предшествующих

стадий развития. Все это подразумевает новую и совершенную любовь к родителям, принятие их такими, какие они есть, и восприятие жизни в целом как личной ответственности. Обладатель интегративности готов защищать свой собственный стиль перед лицом любых физических и экономических вызовов.

Восьмая стадия (от 60 и далее) – это завершение жизненного пути. Достижение цельности личности основывается на подведении итогов и осознании ее как единого целого, в котором уже ничего нельзя изменить.

Таким образом, *основой здоровья личности является психосоциальная идентичность*. Человек в любом возрасте может либо находиться в согласии с самим собой, либо его могут раздирать противоречия. Зрелая личность, разрешая стоящие перед ней задачи, обретает свою идентичность, которая служит основой для возможности решать следующие задачи.

5.6. Концепция психологии здоровья и гуманистическая психология

Тот, кто добр ко мне – делает
хорошее дело;

Тот, кто недобр ко мне – тоже
поступает хорошо,

Ведь он помогает мне стать лучше.

Я верю тому, кто искренен со мной,

Тому, кто неискренен, я верю тоже,

Ведь только так и можно стать
искренним...

49 стих.

Лао Цзы

Потребность в самоактуализации выступает как высшая человеческая потребность, главный мотивационный фактор. На основе этого принципа американским психологом **Абрахамом Маслоу** (1908-1970) была предложена концепция психологии здоровья. Основные положения этой концепции таковы.

1. Присущая каждому из нас внутренняя биологическая природа в определенной мере является врожденной или неменяющейся.

2. Внутренняя природа каждого индивида отчасти уникальна, а отчасти тождественна природе всего вида. Эту природу можно изучать.

3. Основные потребности, основные эмоции, основные человеческие качества либо нейтральны, либо их можно отнести к категории добра. Злоба, лень, страх – неуспешная реакция.

4. Поскольку наша внутренняя природа скорее хороша или нейтральна, то нужно всячески поощрять ее и давать ей выход наружу, вместо того чтобы подавлять. Позволив ей управлять нашей жизнью, мы обретаем здоровье, успех и счастье.

5. Если существование этого истинного стержня личности отрицается или замалчивается, человек заболевает - явно либо подспудно, немедленно либо по прошествии определенного времени.

6. Наша внутренняя природа слаба и уязвима, она легко становится жертвой привычки, давления цивилизации и неадекватного отношения. Однако, несмотря на это, она вечно жаждет реализации. Поэтому личности необходимо «преодолевать», «побеждать», иначе она продолжает сомневаться в том, что может все это совершать. Это относится как к внешним опасностям, так и к собственным внутренним проблемам - стало быть, важно уметь их не бояться.

7. Любое преступление против своей собственной природы, любое злое деяние откладывается в нашем бессознательном и заставляет нас презирать самих себя. Грех отчаяния – есть несовершенство в жизни всего, что человек способен совершить.

Боль и конфликт снижают результативность деятельности и являются неконтролируемыми, поэтому они автоматически рассматриваются как нечто нежелательное, как «болезнь». Но таким же образом проявляется и наше бессознательное, восприятие нашей собственной природы, нашего призвания в жизни: попытка вырваться к самому себе также связана с болью. Она

настойчиво требует, чтобы мы были честны по отношению к нашей внутренней природе и не отрицали ее существование. Человек, переступивший через свой талант, глупо проживающий жизнь умный человек и человек, знающий истину и молчащий об этом, человек, отдавший предпочтение трусости перед мужеством – все эти люди в глубине души понимают, что изменили самим себе. Из этого самобичевания может проистекать невроз, но оно может привести и к возрождению мужества, самоуважения. Таким образом, боль и конфликт могут вылиться в развитие и самосовершенствование. *Болезнью следует считать несопротивление злу.* Если мы не будем давать человеку пройти через боль, то тем самым мы не уважаем его целостность, внутреннюю природу и дальнейшее развитие индивидуальности.

Маслоу предлагал отказаться от понятия *нормы* как чего-то усредненного. Он писал: «...то, что мы в психологии называем «нормой», на самом деле является психоанатомией серости». Невроз он рассматривал как «болезнь обездоленных»: его порождает неудовлетворенность потребности в безопасности, сопричастности, уважении, признании. С преодолением недостаточности болезнь исчезает.

Здоровые люди уже удовлетворили свои потребности в безопасности, сопричастности, любви, самоуважении и потому могут руководствоваться стремлением к *самоактуализации* – как свершению своей миссии или призвания. *Клинические характеристики здорового человека*, по Маслоу, таковы:

- 1) высшая степень восприятия реальности;
- 2) более развитая способность принимать себя, других и мир в целом такими, какими они есть на самом деле;
- 3) повышенная спонтанность;
- 4) более развитая способность сосредоточиться на проблеме;
- 5) более выраженная отстраненность;

- б) более выраженное противостояние приобщению к какой-то одной культуре;
- 7) большая свежесть восприятия и богатство эмоциональных реакций;
- 8) более частые прорывы на пик переживания;
- 9) более сильное отождествление себя со всем родом человеческим;
- 10) высокие творческие способности.

Удовлетворение основных потребностей переходит в самоактуализацию и является ее обязательным условием. У здорового человека, у которого преобладает мотивация развития личности, удовлетворение потребности усиливает, а не ослабляет мотивацию, обостряет, а не притупляет удовольствие. Такие люди поднимаются над собой, и вместо того чтобы хотеть все меньше и меньше, хотят все больше и больше. Человек, вместо того чтобы обрести покой, становится более активным: это применение творческого подхода в любой избранной профессии и просто удовлетворение желания быть хорошим человеком. Мотивация развития долгосрочна, планирование и умение смотреть в будущее – центральное свойство здоровой личности. Ликвидация дефицита предотвращает болезнь, удовлетворение стремления к развитию делает человека здоровым. Самоактуализирующиеся люди в меньшей мере зависят от других, поэтому меньше лгут, менее враждебны, меньше нуждаются в похвале и привязанности, меньше озабочены почетом, престижем и наградами, более стойки перед ударами судьбы.

Для того чтобы понять, почему движение вперед дается трудно, если его преимущества так очевидны, мы должны как можно лучше осознать тормозящую силу неудовлетворенных основных потребностей, привлекательности безопасности и покоя, функций защиты от боли, страхов, потерь и опасностей, необходимости известной отваги для движения вперед. В каждом человеке есть и те и другие силы. Следовательно, мы можем рассматривать процесс развития как бесконечную цепочку ситуаций свободного выбора, в которой человек пребывает в каждый момент своей

жизни, будучи вынужден выбирать между безопасностью и развитием. Мы двигаемся вперед, когда преимущества развития и недостатки безопасности перевешивают все, что составляют недостатки развития и преимущества безопасности. Здесь мы полагаемся на нашу веру в то, что, если свободный выбор является действительно свободным и если делающий выбор человек относительно здоров и не боится выбора, он, скорее всего, сделает правильный выбор в пользу здоровья и развития.

Движение вперед, как правило, происходит маленькими шагами, и каждый шаг вперед возможен благодаря ощущению безопасности. Если приходится выбирать между безопасностью и развитием, то выбор, как правило, делается в пользу безопасности: интересы безопасности доминируют над интересами развития. Как узнать, когда человек чувствует достаточную безопасность, для того чтобы сделать шаг вперед? Это определяет его собственный выбор. Любой человек, даже ребенок, должен сам сделать свой выбор. Никто не должен решать за него слишком часто, потому что от этого человек теряет силы, веру в себя и, отчасти, свою способность получать внутреннее удовольствие в своем опыте, лишается своего отношения ко всему, своих чувств и способности отличать их от стандартов других людей.

Противоположностью субъективному ощущению удовольствия веры в себя, если речь идет о ребенке, является мнение других людей, т.е. вера в других в ущерб веры в себя. Поскольку другие люди жизненно важны для беспомощного ребенка, страх потерять их является парализующим страхом. Поэтому ребенок, когда ему нужно сделать трудный выбор между собственными приятными ощущениями и ощущениями одобрения других людей, выбирает последнее и либо подавляет, либо умерщвляет свое удовольствие, либо замещает его. Как правило, одновременно с этим развивается предубеждение относительно ощущения удовольствия.

Если единственный способ сохранить свою самость заключается в том, чтобы расстаться с «другими» людьми, то нормальный ребенок откажется от

самого себя. Следовательно, там, где присутствуют терпимость, поддержка и отсутствует агрессивность, стремление ставить оценки, т.е. там, где человек может чувствовать себя в полной безопасности, у него возникает возможность выйти к развитию личности, любви, творчеству. Попытка сокрушить это желание может сокрушить и саму личность. Здесь встает вопрос пошаговости развития: если мы хотим помочь человеку, и прежде всего ребенку, в его развитии, то мы можем сделать это, дав ему чувство безопасности и поманив его вперед, к новым ощущениям, веря в то, что новый опыт сам по себе заставит человека отдать ему предпочтение. Однако никто не может сделать это за него. Отсутствие любви ослабляет потенциальные возможности и даже убивает их, а развитие личности требует отваги, уверенности в себе.

Таким образом, по мнению Маслоу, для здорового человека характерны независимость, самостоятельность, склонность жить в соответствии с ценностями и правилами, установленными им самим.

Психотерапевтический метод **Карла Рэнсома Роджерса** (1902-1987) концентрируется на субъективном опыте пациента. Хорошая жизнь понимается им как процесс, направление, а не конечный результат; как стремление жить настоящим моментом, творчество, возможность открытого выбора. По мысли Роджерса, люди обладают тенденцией к самоактуализации, которая способствует здоровью и росту. Чем им может помочь психотерапевт, воспитатель? Роджерс обосновывает *характеристики помогающего поведения*.

1. *Быть достойным доверия*, т.е. осознавать свои чувства. Какое бы чувство или отношение человек ни испытывал, ему будет соответствовать собственное осознание этого чувства или отношения. В момент осознания человек становится целостным и поэтому может быть тем, кем в глубине души и является.

2. *Быть недвусмысленным.* Двусмысленность возникает, когда чувства человека противоречивы. Снять эту противоречивость можно, только осознав и приняв собственные чувства.

3. *Испытывать положительное отношение к человеку.* Страх положительного отношения связан с нашей неуверенностью в себе, неуверенностью в определении ее меры, степени, уместности.

4. *Иметь силы быть отличным от других.* Это означает не бояться оказаться в зависимости от человека, с которым мы входим в отношения.

5. *Испытывать чувство безопасности,* допускающее отдельность и непохожесть на другого человека.

6. *Иметь возможность войти в личную жизнь другого человека, не оценивая ее и не судя.* Даже попытка такого рода бывает эффективна.

7. *Быть способным принять человека таким, каков он есть.* Если я не могу принять все его качества, то это потому, что я напуган каким-то своим чувством. Чтобы быть полезным для других, надо развиваться самому и принимать самого себя.

8. *Быть свободным от угрозы внешней оценки.* Положительная оценка, является такой же угрозой, как и отрицательная. Она предполагает, что я имею право оценивать. Но чем меньше я оцениваю, тем более это дает возможность другому человеку понять, что фокус оценки, центр ответственности находится внутри его самого.

9. *Уметь воспринимать другого как человека, который находится в процессе становления; видеть его возможности.* Чем более человек воспринимает терапевта как настоящего, искреннего человека, обладающего эмпатией, относящегося к нему безусловно положительно, тем более он уходит от статичного, жесткого, бесчувственного, безличного типа функционирования и тем более он способен двигаться по направлению к изменчивой, наполненной дифференцированными чувствами жизнедеятельности. Следствием этого движения является изменение

личности и поведения в направлении физического здоровья, зрелости, более реалистичного отношения к себе и к другим.

Роджерс выделяет семь стадий развития личности в процессе психотерапии.

Первая стадия. Наблюдается нежелание сообщать что-либо о самом себе. Сообщается только о внешних предметах. Чувства и личностные смыслы не осознаются и не относятся к самому себе. Близкие отношения в общении кажутся опасными. На этой стадии не воспринимается и не признается существование проблем. Нет желания измениться. Общение с самим собой блокируется. Индивид очень мало или почти не осознает своих чувств. Способы, с помощью которых он истолковывает опыт, определяются его прошлым; они застыли и не затрагиваются реалиями настоящего.

Вторая стадия. Выражение чувств перестает быть статичным в высказываниях, не относящихся к себе. Проблемы также воспринимаются как внешние по отношению к себе. Отсутствует чувство личной ответственности за проблемы. Чувства описываются так, как будто они не принадлежат субъекту или как будто это объекты в прошлом. Чувства могут быть высказаны, но не осознаны как таковые, принадлежащие самому субъекту. Дифференциация личностных смыслов и чувств очень ограничена и недетализирована. Противоречия могут быть выражены, но они почти не осознаются как таковые.

Третья стадия. Наблюдается более свободный поток высказываний о себе. Чувства почти не принимаются, но проявляются и затем иногда осознаются как таковые. Дифференциация чувств и смыслов является несколько более четкой, детализированной, чем на предыдущей стадии. Имеется признание противоречий в опыте. Личный выбор часто видится неэффективным.

Четвертая стадия. Субъект описывает более сильные чувства, не относящиеся к настоящему. Временами чувства выражаются им как существующие в настоящем, иногда это прорывается почти против желания.

Наблюдается тенденция ощущать чувства в ближайшем настоящем и вместе с тем недоверие и страх перед этой возможностью. Чувства принимаются открыто, но в очень узком диапазоне. Опыт истолковывается более свободно. Наблюдается все увеличивающаяся дифференциация чувств, личностных смыслов. Имеются тенденция поиска точного выражения эмоций и ощущение личной ответственности за проблемы, хотя в этом чувстве проявляются и колебания.

Пятая стадия. Эмоции выражаются свободно, относятся к настоящему моменту. Начинает приходить осознание того, что при переживании чувства его необходимо точно идентифицировать. Наблюдаются новые открытия в самом себе, возрастающая личная ответственность за встающие проблемы, озабоченность о том, какой вклад человек внес в их решение. Внутренние диалоги становятся все более свободными.

Шестая стадия. Чувство течет, выявляя свое полное качество. Эмоция в настоящем переживается сразу, непосредственно, во всем ее богатстве. Человек не страшится переживания, он его не отрицает и не борется с ним. Внутренняя коммуникация относительно свободна.

Седьмая стадия. Новые чувства переживаются во всем многообразии деталей немедленно. Внутренняя коммуникация становится недвусмысленной. Человек чувствует, что может выбрать новые способы существования, при этом не отвергая стили жизни других людей.

Таким образом, теории самоактуализации рассматривают здоровую личность как личность, актуализирующуюся в процессе становления своей жизнедеятельности, осмысленного бытия. Самоосуществление своей духовной реальности реализует внутреннюю природу человека, что и делает ее здоровой.

5.7. Экзистенциальная психотерапия и психология здоровья

**Человек может реализовать себя настолько,
насколько он реализовал смысл.**

Виктор Франкл.

Еще одно направление в психотерапии, ориентированное на понимание «свободной воли», - это *экзистенциальная психотерапия*. Ведущее место в этом направлении имеет *теория логотерапии*, созданная **Виктором Эмилем Франклом** (1905–1997). Эта направление разрабатывает понятие смысла человеческого существования и занимается поисками этого смысла. Согласно логотерапии стремление к поиску и реализации человеком смысла своей жизни есть тенденция, присущая всем и являющаяся основным двигателем поведения и развития личности. Человек не может, да и не должен развивать свою личность, непосредственно стремясь к этому. Его личность будет совершенствоваться по мере того, как он будет верить себя чему-то, что выше него, делу, более великому, чем он сам.

Фактически напряжение между бытием и смыслом неискоренимо в человеке; оно внутренне присуще бытию человека и поэтому необходимо для ментального здоровья. Свобода в своем развитии достигает уровня ответственности: человек ответственен за реализацию особого смысла своей личной жизни. Логотерапевт не уполномочен сознательно влиять на решение пациента в отношении того, как ему интерпретировать свою ответственность или что будет включать в себя его личностный смысл; логотерапевт может только расширить поле видения своего пациента понятиями смыслов и ценностей.

Жизнь можно сделать осмысленной тремя способами: во-первых, через то, что мы дали жизни, во-вторых, через то, что мы берем от мира, и, в-третьих, через занимаемую нами позицию в отношении судьбы, которую уже нельзя изменить. К осмысленности жизни ведет конечность человеческого существования. Если бы человек был бессмертен, то были бы оправданы задержки и отсрочки всех его дел и не было бы нужды делать что-то непосредственно сейчас. То, что сделано человеком, того нельзя отменить, и

поскольку человек ответственен за то, что он делает, он не может сделать это несуществующим. Быть человеком, как правило, означает быть *свободным и ответственным одновременно*. Исключение составляет виновность, в которой человек так же ответственен, но не свободен. Человек, совершивший недостойный поступок, не может изменить того, что произошло, но, раскаявшись, может изменить себя.

Концепция логотерапии основывается на трех функциональных понятиях: *свобода воли, стремление к смыслу и смысл жизни*. Способность поставить себя выше условий свойственна только человеку. Это проявляется как в героизме, так и в юморе. И то и другое есть способность к самоотстранению: человек может отстраниться не только от ситуации, но и от самого себя и способен выбрать, как к себе относиться.

Два феномена, которые, возможно в наибольшей степени свойственны человеку - *любовь и совесть*. Человек выходит за собственные пределы, или приближаясь к другому человеку, или к смыслу. Любовь - это способность, которая дает человеку возможность понять сущность другого человека, а совесть - постичь смысл уникальности ситуации. Кроме того, что совесть, опирается на интуицию, она отличается креативностью, поэтому совесть отдельного человека не может быть абсолютна. Но, чтобы не противоречить своей человечности, человек должен безусловно подчиняться своей совести, даже осознавая возможность ошибки. То, что совесть конкретного человека может ошибиться, подчеркивает, что совесть другого может быть права. И это влечет за собой смирение, скромность и надежду.

Человек - это единство вопреки многообразию. И это единство должно быть найдено на духовном уровне. В норме удовольствие никогда не бывает целью человеческих стремлений, а скорее является - и должно оставаться - побочным эффектом достижения. Достижение цели создает причину для счастья, другими словами, если существует причина для счастья, то счастье возникает спонтанно, и поэтому не стоит стремиться к счастью, незачем о нем беспокоится, если для него имеется основание. Более того, нельзя

стремиться к счастью. Если человек делает счастье предметом своих стремлений, то он неизбежно делает его объектом своего внимания. Однако тем самым он теряет из виду причину для счастья, и счастье исчезает.

Можно выделить смыслы, присущие целым общественным группам людей - это и есть то, что понимается под *ценностями*. Обладание ценностями вроде бы избавляет от принятия решений, но возникает задача принятия решений в отношении их внутренней иерархии. Франкл выделяет три группы ценностей: ценности творчества, переживания и отношения. Анализируя ценности отношения он вычленяет боль, вину, смерть. Когда речь идет о боли, человек занимает определенное отношение к своей судьбе, иначе страдание не будет иметь смысла. В случае вины, человек занимает позицию к самому себе. Стать виновным - это привилегия человека, а его ответственность - преодолеть вину.

Экзистенциальная гипнотерапия и феномен тревожности. Известные американские психотерапевты М. Кинг и Ч. Цинтребанн разработали *интегративную модель гипнотерапии*, синтезирующую эриксоновский подход к гипнозу и некоторые основные положения экзистенциальной теории. Согласно авторам данной модели, для экзистенциального гипнотерапевта важно следовать некоторым положениям экзистенциализма¹.

¹ Подробнее см.: Кинг М. Е., Цинтребанн Ч. Е. Экзистенциальная гипнотерапия. М., 1998.

1. Понимание психотерапевтом Я-концепции как одной из обычных форм проявления отчуждения, и поэтому идеальная Я-концепция - это ее отсутствие.

2. Тревожность сама по себе не оценивается как признак патологии. Экзистенциально-ориентированный гипнотерапевт учит пациента ценить

чувство тревоги и управлять им, но не пытаться устранить его в результате лечения.

3. Существенной задачей гипнотерапевта является передача пациенту веры в реальность свободы личности. Избавление от всех душевных расстройств начинается тогда, когда пациент видит себя добровольно попавшим в ситуацию, а не считает себя ее жертвой.

4. Важной задачей психотерапевта является доведение до пациента понимания того, что выздоровление возможно, но оно потребует тяжелой работы от самого пациента.

5. Экзистенциальный гипнотерапевт в процессе лечения поощряет пациента к открытости для неизвестного, к экзистенциальной неопределенности и способности избавиться от догм.

Один из основных психических феноменов, с которыми работает психотерапевт, - это *тревожность*. Вильям Фишер обнаружил, что тревожность возникает почти всегда, когда: а) обстоятельства требуют действий от индивидуума; б) индивидуум не уверен в своих способностях; в) результат для него важен. Датский философ и религиозный мыслитель Сёрен Кьеркегор (1813–1855) говорил: «Кто познал тревожность, познал и возможности». Разница между теми, кто кажется здоровыми и сильными, и нездоровыми людьми заключается в том, что первые считают тревожность «дорогой в будущее» и продолжают двигаться вперед, преодолевая страх, потому что хотят видеть результаты, а нездоровые люди просто сбегают. Было бы наивным полагать, что свобода воли означает свободу от последствий принятого решения. Смелый человек, когда он болен, предлагает сказать самому себе: «Это не моя судьба, а моя вина». При этом у него сохраняется возможность предпринять что-либо в подобной ситуации.

Большинство пациентов экзистенциального гипнотерапевта, обратившихся за консультацией и страдающих от боли, депрессии, скуки или гнева, ассоциирующихся у них с нынешней жизнью, уже знают, какие изменения они должны были бы осуществить, но испытывают слишком

сильное состояние тревожности, которое парализует их стремление к переменам. Для большинства людей слово «тревожность» означает напряжение, неудобство или вообще что-то жуткое. Некоторым пациентам необходимо помочь уменьшить их чрезмерную тревожность, прежде чем они станут достаточно внимательными, для того чтобы сесть и прислушаться к мысли, что у них есть выбор и они обладают свободой сделать его. Переопределение тревожности, придающее ей более позитивное и менее деструктивное значение, изменяет представление клиента и помогает ему принять на себя риск желаемых перемен. Обычно тревожность возрастает, когда люди начинают овладевать своей свободой. Вместе с этим возрастает и ощущение силы. Таким образом, тревожность стимулирует скрытые потенциалы и повышает ценность жизни.

Экзистенциальная психотерапия создала новое понимание человека здорового как человека реализующего смысл: бытие неполноценно и неустойчиво, если не несет в себе стремление к чему-то, находящемуся за его пределами. Таким образом, здоровье личности предполагает необходимость реализации человека в его духовном творчестве.

5.8. Трансперсональная психотерапия и психология здоровья

Лишь малое знание удаляет от Бога,
большое вновь приближает к нему.

Исаак Ньютон.

Всех благ возможных тот достиг,
Кто дух судьбы своей постиг.

Е Баратынский.

Есть ли большее счастье, большая радость,
как обожать красоту, медленно встающую
в далях Невозможного.

Колдерон.

Определение психического здоровья было бы не полным без анализа представлений *трансперсональной психотерапии*. Данный подход основан на эмпирическом опыте нетрадиционных и эзотерических учений, акцентирующих внимание на феноменах, выходящих за пределы индивидуального сознания. Термин «трансперсональная психотерапия» был предложен в 1960-х гг. **Станиславом Грофом** (р. 1931), считавшим, что структура бессознательного в психоаналитическом понимании не исчерпывается только биографическим уровнем, который использовал Фрейд, а включает в себя перинатальный уровень, а также собственно трансперсональный уровень, внеиндивидуальное содержание которого определяется всей человеческой культурой и историей и даже процессами и закономерностями неживой природы. Собственно трансперсональная психотерапия включает в себя три основных этапа:

1) обсуждение с пациентом трансперсональных феноменов и их значимости в жизни конкретного человека с целью обесценивания его проблем, снижения остроты актуальных переживаний, достижение другого способа понимания ситуации путем переключения фокуса внимания больного на высшие, духовные категории;

2) использование состояний измененного сознания с целью переживания специфических «трансперсональных феноменов», таких как «мистический опыт», "космическое сознание", "экстаз", "медитативные состояния". Этот этап создает условия для переживания трансперсонального опыта;

3) осознание сути и смысла предназначения, обсуждение проблем на более «высоком» уровне.

Эволюция феномена бессознательного. Понятие бессознательного представляет собой совокупность психических процессов, операций и состояний, не представленных в сознании субъекта. Общая идея бессознательного восходит к учению Платона о познании-воспоминании, поэтому различные подходы к этой проблеме разрабатывались сначала в

рамках философии (Р. Декарт, Г. Лейбниц, И. Кант, А. Шопенгауэр и др.). И. Ф. Герbart (1776-1841) вводит *динамическую характеристику бессознательного*, согласно которой несовместимые идеи могут вступать в конфликт, причем более слабые идеи вытесняются из сознания, но продолжают на него воздействовать. В начале XX в. работы в области психопатологии, особенно французской психиатрической школы Жана Шарко (1825–1893) и др., дали новый импульс к изучению бессознательного. Продолжением этой линии явилась концепция Зигмунда Фрейда.

К. Г. Юнг ввел понятие *коллективного бессознательного*. Это не просто психическое явление, существующего внутри человека, но «своего рода психологический эквивалент окружающего мира и потому постоянно проецируется на него». Юнг также открыл, что в ядре каждого комплекса архаические элементы часто переплетаются с различными аспектами физической среды. Он пришел к выводу, что коллективное бессознательное должно влиять на саму ткань реального мира, являясь связующим звеном между материей и психикой: «Мир - это постоянный поток, и стабильные структуры любого рода - не более чем абстракция. Реальность - неразрывное и когерентное целое».

Бессознательное не является статичным образованием, оно постоянно обогащается новой информацией. Чтобы лучше представить себе функцию этой части психики, необходимо понять, что индивидуальное и коллективное бессознательное функционируют, постоянно взаимодействуя друг с другом. Но именно коллективное бессознательное служит психическим явлением, которое объединяет людей, является общим для всех регулятором поведения и формирует личность.

Структурными единицами бессознательного считаются так называемые *архетипы*. Этот термин был использован еще в Античности. Он происходит от греческого слова «архетиос» - первоначальный образец, матрица. В психологии этим понятием обозначается способ связи образов, переходящих из поколения в поколение; принцип по которому они связаны.

Архетипы создают общую структуру личности и последовательность образов, всплывающих в сознании при пробуждении творческой активности, поэтому духовная жизнь несет на себе архетипический отпечаток. В жизни каждого отдельного человека стандартные архетипы реализуются по-своему, наполняются конкретным содержанием. Архетипы коллективного бессознательного нейтральны в отношении добра и зла. Они структурируют понимание мира, себя и других людей и лежат в основе творчества, способствуя внутреннему единству человеческой культуры.

Психосинтез. Представление о связи индивидуального и коллективного бессознательного было раскрыто в *психосинтезе* известного врача-философа **Роберто Ассаджиоли** (1888 - 1974). В основе психосинтеза лежит целенаправленное использование самоидентификации и деидентификации. *Выделяют три различных значения самоидентификации:* 1) идентификация себя с тем, что составляет для индивидуума высшую ценность; 2) внутреннее ощущение чистого самосознания независимо от любого содержания или функции его в смысле личности (переживание чистого «Я», самосознание своей личности, независимой от всего внешнего, не возникает спонтанно, а является результатом определенного внутреннего экспериментирования); 3) осуществление высшего, или духовного, «Я». Психосинтез рассматривают как индивидуальное выражение более широкого принципа - *общего закона межличностного и коллективного синтеза.*

Здоровье - это внутренняя интеграция, постижение подлинной самости и установление правильных отношений с другими людьми. Стадиями достижения данной цели являются, во-первых, *глубокое познание своей личности*; во-вторых, *контроль над различными ее элементами*; в-третьих, *постижение своей истиной самости* - выявление или создание объединяющего центра; в-четвертых, *психосинтез*: формирование или перестройка личности вокруг нового центра.

Глубокое познание своей личности. Познание предполагает исследование. Первоначально исследуется низшее бессознательное - унаследованные или усвоенные в младенчестве страхи, конфликты, которые нас сковывают. Необходимо исследовать также области среднего и высшего бессознательного. Благодаря этому мы обнаружим в себе неизвестные прежде способности, свое истинное призвание, свои высшие потенциальные возможности, которые стремятся выразить себя, но которые мы нередко отвергаем и подавляем из-за непонимания, предубежденности или страха. Мы обнаружим запас энергии, наделяющей нас неограниченной способностью к постижению и созиданию.

Контроль над различными элементами личности: метод деидентификации. Над нами властвует все то, с чем мы идентифицируем себя. Мы же можем контролировать и властвовать над тем, с чем мы себя деидентифицируем. В этом принципе заложен секрет нашей свободы и нашего порабощения. Каждый раз, когда мы отождествляем себя со слабостью, виной, страхом, любой другой своей эмоцией или побуждением, мы ограничиваем и сковываем себя. Но даже если эти силы окажутся на какое-то время сильнее нашего «Я», оно никогда не будет побеждено до конца. Вместо того, чтобы раз за разом отражать идущие из бессознательного атаки, мы можем обратиться к глубинным причинам этих атак, и выкорчевать проблему с корнем.

Эту процедуру можно разделить на две фазы: 1) разложение вредных комплексов, или мыслеобразов, на элементы; 2) управление высвобождаемыми энергиями и их использование. Психопсихический анализ показал, что сила этих комплексов и мыслеобразов состоит главным образом в том, что мы их осознаем. Для разложения их на элементы необходимо воспользоваться такими методами, как опредмечивание, критический анализ и различение, т.е. необходимо установить между собой и ими «психологическую дистанцию» и спокойно изучать их происхождение, природу и их «глупость». Однако критический анализ иногда бывает

недостаточным. Особенно это касается сексуальных и агрессивных побуждений. Поэтому такие силы нужно перенаправлять на безвредные или конструктивные цели.

Постижение своей истиной самости. Достичь этой цели можно, расширив личное сознание вплоть до превращения его в *сознание самости*. Процесс этот труден, поэтому он может иметь промежуточные стадии. В частности, люди, которые не могут постичь свою истинную самость в ее чистой сущности, могут создать идеальный образ совершенной личности, соответствующий их масштабу, стадии развития и психологическому опыту, а затем начать практически воплощать его в жизнь. Очевидно, что такие «идеальные модели» предполагают живую связь с внешним миром и другими человеческими существами.

Для некоторых людей экстравертированность такова, что жизненный центр проецируется вне своей личности. Такого рода проекция не самый прямой путь, однако, какое-то время она может служить удачной формой опосредованного самопостижения (служение идее, человеку.).

Психосинтез: формирование или перестройка личности вокруг нового центра. После того, как мы выявили или создали объединенный центр, у нас появилась возможность построить вокруг него новую личность - органичную, внутренне согласованную и объединенную в одно целое. На этом пути нам необходимо пройти несколько стадий. Прежде всего нужно разработать «внутреннюю программу». Мы должны мысленно представить свою цель, т.е. новую личность, к созданию которой мы стремимся, и ясно осознать задачи, возникающие с ее достижением. Это представление должно быть реалистичным и согласованным с естественным ходом развития конкретного индивида и потому осуществимым, по крайней мере отчасти. После того как идеальная форма определена, начинается *построение новой личности* как таковое, предполагающее, во-первых, использование всех, имеющихся энергий; во-вторых, развитие недостающих или недостаточно развитых для достижения нашей цели сторон личности; в-третьих,

согласование и соподчинение различных психических функций и энергий.

Таким образом, *человек творит внешнюю среду, и сам есть ее же творение.*

До середины 1980-х гг. трансперсональный психотерапевтический подход был сравнительно мало знаком специалистам в области психотерапии и культивировался узким кругом психотерапевтов. В последнее время авторов трансперсонального направления занимает идея о *духовном возрождении и преображения человека, пережившего духовный кризис*¹. Термин «духовность» понимается как индивидуальное переживание, придающее жизни и существованию этого человека нуминозное, сакральное качество.

¹ Подробнее см.: *Гроф С. Духовный кризис: понимание эволюционного кризиса // Духовный кризис. Когда преобразование личности становится кризисом. М., 2000. С. 19-49.*

Современным понятием для обозначения непосредственного переживания духовных реалий является термин «трансперсональный». Те состояния, в которых происходит встреча индивида с нуминозными измерениями существования, могут быть разделены на две большие категории. В первом случае – это переживание «имманентного Божественного», или, говоря иначе, восприятие божественного разума, выражающего себя в мире повседневной реальности. Переживания второго типа связаны с непосредственными переживаниями индивида, сопряженными с духовными реалиями. Духовность такого типа, основанная на непосредственном персональном откровении, обычно существует в мистических ответвлениях великих религий и в монашеских орденах, которые в своей практике используют медитацию, молитвы, а также другие методы для вызывания трансперсональных состояний сознания.

5.9. Отечественные подходы к психологии здоровья

Болезнь – жизнь при ненормальных условиях

Р.Вирхов

Здоровье – это та вершина, на которую
каждый должен подняться сам.

И.И.Брехман

Научная актуальность построения и осмысления задач психологии здоровья смыкается с практической значимостью решения вопросов профилактики. В чем отличие задач психопрофилактики и психогигиены от задач психологии здоровья? Если *психогигиена* главной целью имеет сохранение, укрепление и улучшение психического здоровья путем организации надлежащей природной и общественной среды, соответствующего режима и образа жизни, а *психопрофилактика* направлена на предупреждение психических расстройств, то *психология здоровья масштабнее по своим задачам*. В нее включается создание личностных условий индивидуального развития, компенсации и адаптации к требованиям жизненной среды. Психология здоровья обеспечивает психологическую адаптацию личности в обществе, для чего развивает личностные качества, которые нужны индивидууму для установления гармоничных связей, способствует самореализации человека, повышению его качества жизни и, в том числе, оказывает психическую помощь при завершении жизненного пути и уходе из жизни. Решение этих задач зависит от понимания следующих вопросов: что такое здоровье как *психическое явление*? *социальное явление*? *телесное явление*? *духовное явление*? Иными словами, развитие психологии здоровья возможно только в виде интеграции философского, социологического, психологического и медицинского знания о человеке и его взаимосвязях с миром.

В работах отечественных авторов особое внимание уделяется анализу понятия «личность» как инструменту развития человека. Так, В. М. Розин

считает, что *личность в историческом смысле весьма молодое образование*¹. В Средние века поведение человека строилось с опорой на общину, а также учение церкви, при этом само понимание бога складывалось под влиянием ожиданий общины, т.е. это была своеобразная проекция таких ожиданий. Главная черта человека Нового времени - свобода воли; она предполагает осознание себя, самостоятельность в отношении с другими. Современный человек вынужден постоянно принимать собственные решения, каждое свое усилие он должен сверять с усилиями иных сил и реальностей. При этом каждый человек открывает и конструирует духовную основу в той или иной индивидуальной форме, которая органична ему самому, его возможностям.

¹ См.: *Розин В. М.* Психическая реальность, способности и здоровье человека. М., 2001.

Развитие личности в целом происходит в процессе собственной деятельности, через осмысление этой деятельности и себя в ней, в диалогическом эмоциональном контакте с другим человеком. Современный человек вынужден себя постоянно воссоздавать в своей константности и автономии. Строительство образа себя включает идеи «культуры» и «других» как равноценные в отношении к идее «Я». Поэтому столь важно «выслушивать себя, других и время».

Философско-психологический подход к проблеме здоровья. Б. С. Братусь приходит к следующим обобщениям о сущности человека, входящим в определение здоровья¹.

¹ См.: *Братусь Б. С.* К проблеме человека в психологии // Вопросы психологии. 1997. № 5. С. 3-20.

1. Понятия «человек» и «личность» не являются тождественными. Личность может быть понята как инструмент, принадлежащий и служащий человеку в процессе его восхождения к собственно человеческой природе.

2. Центральной, смыслообразующей характеристикой человека является его способ отношения к «другому».

3. Для реализации себя как человека необходимо иметь целостный образ будущего, с которым есть эмоциональная связь, в который человек верит. Вера – это внутреннее состояние, тесно связанное со смыслообразующим процессом. Духовная сфера такова, что для удержания ее как целого нужна напряженная работа по поиску своего духовного пути.

4. Психическое здоровье – это баланс различных психических свойств и процессов: баланс между умением отдать и взять от другого, быть одному и быть среди других людей; баланс любви к себе и любви к другим.

Б. С. Братусь предлагает комплексное определение *нормального развития* как развития, которое ведет человека к обретению им родовой человеческой сущности. Условиями и критериями такого развития являются: а) отношение к себе и к другому человеку как к независимым; б) способность к децентрации, самоотдаче и любви как способу реализации этого отношения; в) творческий, целенаправленный характер жизнедеятельности; г) потребность в позитивной свободе; способность к свободному волеизъявлению; д) возможность самопроектирования будущего; е) вера в осуществимость намеченного; ж) внутренняя ответственность перед собой и будущими поколениями; з) стремление к обретению общего смысла своей жизни. Соответственно *аномальным* является развитие, которое подавляет самоосуществление человека.

Б. С. Братусь различает *психическое* и *личностное* здоровье: «Человек может быть вполне психически здоровым (хорошо запоминать и мыслить, ставить сложные цели, быть деятельным, руководствоваться осознанными мотивами, достигать успехов, избегать неудач и т.п.) и одновременно быть личностно ущербным, больным (не координировать, не направлять свою жизнь к достижению человеческой сущности с ней, удовлетворяться суррогатами и т.п.)... Этика и нравственная ориентация в этом случае не есть

лишь внешнее давление, но суть нормального развития и критерий здоровья».

Философско-психологический подход к проблеме здоровья реализуется в работах А. Б. Холмогоровой и Н. Г. Гаранян, которые считают, что склонность современного человека к соматизации связана с имеющимися культурными нормами и ценностями, в частности, культом успеха и благополучия. Это приводит к общему запрету на чувства неудовлетворенности, страха, тоски и собственной агрессивности, что, в свою очередь, ведет к их вытеснению и затрудняет психологическую переработку этих эмоций. Запрет на эмоции делает бессмысленной и неэффективной рефлексию. В итоге человек оказывается в плену собственных противоречий, а это снижает адаптацию. Результатом подобного конфликта становится вытеснение собственной агрессивности и ее проекция на других людей. Подавленная враждебность приписывается окружающему миру, что ведет к резкому росту тревоги, во-первых, из-за восприятия окружающего мира как опасного, а во-вторых, восприятие себя как неспособного этой опасности противостоять (вследствие запрета на агрессию)¹.

¹ См.: Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Культура, эмоции, психическое здоровье // Вопросы психологии. 1999. № 2. С. 61-75.

Особое значение среди критериев психического здоровья личности придается степени ее интегрированности, консолидированности, а также духовности (стремлению к истине), приобретению гуманистических ценностей (доброта, справедливость), ориентации на саморазвитие, обогащение. С позиции самоуправления здоровья личность характеризуется выраженностью целеустремленности (обретением смысла жизни), воли, энергичности, активности, самоконтроля, адекватной самооценки.

А. В. Шувалов, обобщая работы, посвященные проблеме здоровья, выделяет ряд следующих положений¹.

1. Здоровье - это идеальное состояние. Как правило, человек не бывает на протяжении всей своей жизни вполне здоровым.

2. В первом приближении здоровье - это сложный, многомерный феномен, отражающий модусы человеческой реальности: телесное существование, душевную жизнь и духовное бытие. Соответственно возможна оценка соматического, психического и личностного здоровья человека.

3. Здоровье - это одновременно состояние и сложный динамический процесс, включающий в себя созревание и рост физиологических структур и работу организма, развитие и функционирование психической сферы, становление, самоопределение и позиционирование личности.

4. Категория здоровья изначально коррелятивна полюсу индивидуальности: состояние здоровья персонифицировано и предполагает в каждом конкретном случае специальный анализ.

5. Человек может быть здоров при определенных условиях жизни (экологические и климатические особенности, качество питания, режим труда и отдыха, социокультурные факторы и др.). Условия удовлетворительные для одного человека, могут оказаться болезнетворными для другого.

6. Здоровье - культурно-историческое, а не узкомедицинское понятие. В разное время, в разных культурах граница между здоровьем и нездоровьем определялась по-разному.

7. Для определения состояния здоровья человека необходимы, с одной стороны, эталонное основание, устойчивый образец благополучия, целостности, совершенства, а с другой - описание закономерностей возникновения и течения болезней. В этом качестве выступают системы научных представлений о норме и патологии.

8. Здоровье и болезнь относятся к числу диалектических, взаимодополняющих понятий. Их изучение связано с осмыслением природы и сущности человека.

9. Здоровье является одной из базовых ценностей в жизни человека.

¹ См.: *Шувалов А. В.* Гуманитарно-антропологические проблемы психологического здоровья // Вопросы психологии. 2004. № 6. С. 18-33.

Исходя из идей антропологического подхода, разрабатываемого В. И. Слободчиковым и А. В. Шуваловым, психологическое здоровье следует понимать как состояние, характеризующее процесс и результат нормального развития субъективной реальности в пределах индивидуальной жизни. Индивидуальная норма психологического здоровья есть то лучшее, что возможно в конкретном возрасте для конкретного человека при соответствующих условиях развития¹.

¹ См.: *Слободчиков В. И., Шувалов А. В.* Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. 2001. № 4. С. 91-105.

А. Ш. Тхостов в своей модели телесного восприятия полагает, что, становясь явлением сознания, элементарное ощущение включает в себя скрытую категориальную сеть, лишь в ячейках которой оно и приобретает свое субъективное существование. Автор пишет, что телесность в контексте болезни обладает особым качеством: «болезненные ощущения означают не только себя, но и то, что, в принципе, им внеположно. Они развернуты не только внутрь, т.е. представляют собой не просто чувственную ткань, получившую означение в категориях телесного пространства внутренних органов, модальности, градации интенсивности и пр., но и вовне - означают болезнь»¹.

¹ *Тхостов А. Ш.* Психология телесности. М., 2002. С. 102.

«Вторичное означение», по мнению автора, в целом сходно с тем, что обычно квалифицируется как *интеллектуальный уровень внутренней*

картины болезни, оценочный этап ее становления. Формирование такого означения телесных ощущений связано с усвоением существующих в культуре взглядов на болезни, их причины, механизмы и вытекающие из этого методы лечения. Тхостов обращает внимание на личностный смысл болезни и рассматривает его как жизненное значение для субъекта обстоятельств болезни в отношении к мотивам его деятельности. Поэтому многообразие типов отношения к болезни определяется многообразием ее личностных смыслов. Он выделяет такие смыслы, как преградный (негативный), позитивный и конфликтный. Таким образом, интрацептивное ощущение в структуре ВКБ, пройдя означение и обретя свое субъективное существование в категориях модальности и пространстве тела, становится симптомом и получает смысл в контексте жизни. Это становится возможным потому, что болезнь несет человеку не только болезненные ощущения, но и затрагивает основы его биологического и социального бытия; через смысл болезнь открывается всей сфере человеческого существования.

С изложенной позиции телесное страдание (болезнь) необходимо рассматривать не как натуральное дефицитарное состояние, но прежде всего как предмет овладения - социализации, ВКБ - как семиотическую систему, а телесное интрацептивное ощущение - как сложную текстовую, знаково-символическую структуру, а не простое возбуждение интерорецепторов (т.е. не рефлекторное отражение натурального состояния, а культурное восприятие культурного предмета). В логике же развития заболевания и лечения следует различать две стороны: *объективную*, подчиняющуюся физическим закономерностям, и *субъективную*, подчиняющуюся закономерностям психического. Таким образом, психология здоровья стремится помочь человеку определиться в жизни, найти путь, ведущий к единству самого себя с окружающим миром. Задача психолога - способствовать самопознанию, самовоспитанию и самопомощи.

Потрясающая психотерапия В. А. Ананьева. Автор одной из первых целостных монографий по психологии здоровья В. А. Ананьев уделяет особое внимание *духовному анализу здоровья*¹. Этот анализ включает в себя развитие разума, воли, чувств, тела, творчества и раскрывается только в самой жизни.

¹ См., например: *Ананьев В. А. Психология здоровья: синтез знаний о личностном росте // Проблемы, требующие решения. 1995. № 3 С. 54-67; Он же. Введение в психологию здоровья. СПб, 1999; Он же. Введение в потрясающую психотерапию // Журнал практического психолога. 1999. № 7-8. С. 41-72; и др.*

Ананьев приводит следующую притчу. Как-то боги Олимпа решили передать свою Силу людям и поместить ее туда, где ее трудно было бы найти. Зевс предложил схоронить ее в кратере вулкана, Посейдон - на дне океана, Гефест посоветовал зарыть ее глубоко в землю. Афродита же указала на то, что разумный человек обязательно будет исследовать и дно кратера, и дно океана, и в недра земли опустится в поисках ископаемых и обязательно рано или поздно найдет эту Силу. Давайте, сказала она, спрячем ее туда, где человек точно не будет искать: давайте поместим ее в самого человека. И боги с ней согласились: человек никогда не догадается искать в себе Силу богов, или Истину.

В своей теории *потрясающей психотерапии* (ППТ) Ананьев предлагает систему представлений о человеке. Основные положения этой теории таковы.

1. ППТ опирается на философские положения теории сложных самоорганизующихся систем - синергетику. Человек рассматривается как открытая, сложная, самоорганизующая система, представляющая собой блуждающий по многовариантным путям жизненного поля процесс.

2. ППТ опирается на кризисную теорию личности. Критические жизненные события становятся поворотными пунктами в судьбе. Положения, определяющие потрясения, - это особое состояние напряжения, нравственного, психологического, духовного. В этом переживании меняется старая, частная и формулируется новая, более универсальная система ценностей. Происходит качественный скачок сознания - переход от логического к абстрактному.

3. Потрясение обязательно связано с переоценкой сторон жизни, переосмыслением ее, «прозрением», видением нового пути. Развитием следует считать только такие изменения, которые влекут за собой новые изменения.

Основные концептуальные положения ППТ свидетельствуют о том, что данная модель делает попытку изучать человека в единстве с миром: не перестраивая мироздание под себя, а осознавая себя в качестве одной из взаимозависящих составляющих в грандиозном и гениальном миропорядке. Она уважительно способствует тенденциям уникального развития индивидуума, используя его собственные ресурсы. При полном доверии к себе человек делает наилучший для себя выбор. Каждая проблема указывает на способ ее решения. Создать доступ к внутренним механизмам – это и есть основная задача потрясающей психотерапии.

В парадигме ППТ здоровье рассматривается в качестве условий или средства для достижения целей и поиска смысла жизни. Цель - это то, что можно достичь. В то время как смысл жизни трактуется как нечто постоянно настигаемое, но никогда принципиально недостижимое в жизни.

Потрясающая психотерапия стремится к совмещению тактических целей со стратегическими. Через моделирование хаоса она активизирует адаптационные механизмы человека, перед которыми стоит задача изменения функций и структуры личности. Система становится неустойчивой всякий раз, когда человек делает выбор дальнейшего пути развития. Для сложной самоорганизующейся системы не может быть

статичного гомеостаза. Кризис необходим для личностного роста, если он воспринимается как определенное испытание. Таким образом, ППТ помогает актуализировать саморегулирующие закономерности, которые призваны поддерживать вечно меняющееся постоянство человека.

Потрясающая психотерапия создает условия для процессов, неожиданно изменяющих направление развития личности. Точка бифуркации - это критическое состояние неустойчивости системы. Изменение параметров среды сверх критических значений создает возможность изменения системы. Переход из одного состояния в другое предполагает лавинообразное протекание процессов нелинейного и, что самое важное, самостимулирующего роста.

Синергетика открывает новые принципы сборки сложноэволюционного целого из частей. С повышением сложности систем появляются новые качества, которых не было на уровне подсистем. ППТ подразумевает использование прошлого опыта для осуществления движения в будущее, через настоящее. Она полагает, что эффективность воздействия определяется не силой, а правильной топологической конфигурацией.

Потрясающая психотерапия опирается на разнообразные подходы и технологии, направленные на инициацию процессов нелинейного самостимулирующего роста; необходимость осознания каждым человеком ответственности за судьбу всей социальной системы.

Структурный круг ППТ – это замкнутый цикл, включающий в себя семь этапов, или шагов, представленных ниже.

@@@Верст.: текст в рамке набрать другим шрифтом, рамку снять!

Структурный круг потрясающей психотерапии

0. **Гадание**, или «*Ожидать не ожидая*». Неопределенный настрой на получение позитивного результата или "внутренний колеи ресурсов". Этап формирования мотивационной доминанты, состояния глубокого ожидания наступающего выздоровления; формирования готовности к изменению.

1. **Формирование цели**, или *«Свет в конце туннеля»*. Формулировка цели и введение ее в доминантное состояние. Хорошо проработанная во всех модальностях цель начинает действовать без волевых усилий человека, без затруднений, как бы сама по себе.

2. **«Взбалтывание»**, или *первый этап потрясения*. Снятие стереотипов и ограничивающих убеждений. Цель этого этапа привести пациента к "ментальному обмороку". Здесь создается критическая масса для продвижения за счет рекомбинирования накопленного опыта, активизации бессознательного.

3. **«Аллертный (т.е. осознанный) транс»**, или *второй этап потрясения*. Создание творческого состояния или состояния "активного покоя". Идеальные условия для нахождения, пробуждения и использования ресурса.

4. **«Консолидация личности»**. Прохождение этого этапа связывается с интеграцией частей в целое. Интеграция означает примирение фрагментов сознания, находящихся в конфликте, и слияние их в целостность. Реализация "бытийного облика" человека выступает как единство и целостность в его эмпирической сущности. Как известно, такое единство и целостность сами по себе отнюдь не обеспечены. Это то, что требуется достигать. Когда индивид погружается в обыденную жизнь с противоречивыми требованиями, именно цельность утрачивается прежде всего. Выход же из внутренней разрозненности и разбросанности видится только в самособирании себя из рассеяния в единство.

5. **«Возвращение»**, или *«самоузнавание»*. Критическое осмысление, выбор и коррекция выбора. Этап, на котором продолжается отбор стратегий, устраивающих сознание.

6. **«Провокация»**, или *экологическая проверка*, — необходимый элемент работы на протяжении всего процесса ППТ. Проверка полученного результата осуществляется после применения той или иной техники, далее - на каждом этапе процедуры и, наконец, после окончания курса

терапевтических сессий. На этом этапе происходит оценка достигнутого. Осуществляется проверка на соответствие и различие с первоначально поставленной целью.

7. **«Постсказание»**. Этап характеризуется работой, направленной на "присоединение к будущему". Опирается на прогнозирование поведения с учетом введения в жизни человека подкрепляющих результат элементов.

«Доверие – вера – знание», или *эволюция процесса потрясающей психотерапии*.

Практическая реализация психотерапевтического процесса ППТ основана на механизме перевода доверия в веру, а веры — в знание. Таким образом, установление доверительных отношений есть необходимый катализатор изменений. Идеальная психотерапевтическая динамика представляет собой трансформацию доверия к кому-то в доверие к себе, трансформацию веры в кого-то в веру в себя, знание о ком-то - в знание о себе. ■

Программа "Цветок потенциалов". Попыткой практической реализации теоретических взглядов на психологию здоровья является профилактическая программа "Цветок потенциалов". Основой ее служит холистический подход в изучении и устранении возникновения душевных и телесных недугов. Указанная программа представлена в виде «цветка», «лепестки» которого формируют систему потенциалов, отражающих различные аспекты душевного, телесного и социального здоровья человека. Цель работы - максимальное раскрытие каждого из этих потенциалов.

@@@Верст.: текст в рамке набрать другим шрифтом, рамку снять!

Программа "Цветок потенциалов"

1. *Потенциал разума* - способность развивать интеллект и уметь продуктивно им пользоваться.

2. *Потенциал воли* - способность к саморазвитию, самореализации; умение ставить цели и достигать их, выбирая адекватные средства.

3. *Потенциал чувств* - способность выражать собственные чувства, понимать и принимать чувства других.

4. *Потенциал тела* - способность человека развивать физическую составляющую здоровья, осознавать и совершенствовать собственную телесность как свойство своей личности.

5. *Общественный потенциал* - способность человека адаптироваться к социальным условиям, ощущать принадлежность к человечеству.

6. *Креативный потенциал* - способность человека к созидательной активности.

7. *Духовный потенциал* - способность развиваться. Духовный аспект здоровья в цветке объединяет все потенциалы. ■

Внутренняя картина здоровья. Изучение проблемы отношения человека к своему здоровью показало, что обязательным фактором здесь является формирование *внутренней картины здоровья* (ВКЗ) как особого отношения к здоровью, выражающегося в осознании его ценности и активно-позитивном стремлении к его совершенствованию. Данное понятие было предложено В. М. Смирновым и Т. И. Резниковой в 1983 г. В. А. Ананьев развивает указанное понятие и дает следующее определение. Внутренняя картина здоровья, по его мнению, есть совокупность интеллектуальных описаний (представлений) здоровья человека, комплекс эмоциональных переживаний и ощущений, а также его поведенческих реакций. Основой данного психического образования является самосознание человека. Ананьев также выделяет *основные категории ВКЗ*, такие как:

- *аутентичность* - жизнь в гармонии со своей внутренней сущностью;

- *конгруэнтность*. Быть конгруэнтным - это значит говорить то, что думаешь, делать то, о чем говоришь.
- *мера* как устойчивое равновесие между устойчивостью и неустойчивостью.

5.10. Социально-психологические аспекты психологии здоровья

Здоровье – фундаментальная способность человека к активному улучшению собственных свойств через улучшение свойств окружающей среды.

Социально-психологические аспекты психологии здоровья включают в себя социально-демографические, социокультурные, социально-экономические факторы, проблему качества жизни, изучение социальных представлений о здоровье. Анализируя взгляды российских психологов на понятие здоровья личности, можно сделать вывод о том, что здоровая личность многолика, активна, духовна и нуждается в самореализации.

Социально-демографические факторы здоровья. Они включают в себя пол, семейное положение (семейный статус) и возраст. Отметим, что сама по себе принадлежность к той или иной социокультурной группе не может рассматриваться как объяснение состояния здоровья ее членов, но лишь как описательная переменная, подразумевающая наличие многих возможных промежуточных переменных, претендующих на объяснение состояния здоровья в связи с принадлежностью к группе.

Пол. Половые роли первично биологически детерминированы и связаны с начальным разделением труда в определенной культуре. В современных обществах западного типа у женщин чаще диагностируются невротические, депрессивные и инволюционные расстройства, тогда как у мужчин - расстройства психопатического круга: алкоголизм и алкогольные психозы. Такое положение, когда уровень патологической пораженности по

нервно-психическим расстройствам у женщин выше, чем у мужчин, причем мужчины страдают более тяжелыми формами подобных расстройств, сложилось после Второй мировой войны.

Семейный статус. Существует устойчивая связь между психическим здоровьем и семейным статусом, опосредованная фактором пола. Наиболее высокий уровень психического здоровья устанавливается у состоящих в браке мужчин, затем следуют одинокие и никогда не состоявшие в браке женщины, далее - женщины, состоящие в браке. Наихудшее психическое здоровье отмечается у одиноких мужчин и овдовевших женщин. Это различие позволяет говорить многим авторам о большей "психологической выгоде" и "психогигиенической функции" брака для мужчин, но не для женщин. Подобные выводы подтверждаются и статическими данными: мужья ненадолго переживают умерших жен. В то же время на длительности жизни женщин смерть мужей практически не сказывается.

Возраст. Для российской популяции характерно ухудшение здоровья с увеличением возраста, тогда как, например, для американской популяции в течение последних десятилетий подобной связи не устанавливается.

Социокультурные факторы здоровья. Культурный подход к анализу проблемы здоровья личности предполагает, что культурные особенности общества могут индуцировать стресс, и поэтому необходимо создание социально-приемлемых и одобряемых способов преодоления жизненных трудностей и кризисов. Сравнительный анализ данных исследований американской и российской популяций показал, что если при переживании стресса наиболее распространенной реакцией преодоления для американцев является "подход" и прямое преодоление, то для россиян - "избегание" и не прямое (внутриличностное) преодоление.

В сфере здоровья и болезни культурные различия проявляются чрезвычайно многообразно. Субъективные репрезентации болезни в значительной мере культурно детерминированы. Это касается и наиболее распространенных в данной культуре "теорий" болезни и лечения, и

восприятия отдельных симптомов как требующих или не требующих профессиональной помощи, и знаковых функций отдельных симптомов и проявлений болезни, обуславливающих групповую реакцию на индивида. Этномедициной накоплен обширный материал, богато иллюстрирующий культурные различия в симптоматике отдельных заболеваний, поведении, связанном с заболеванием и с сохранением и укреплением здоровья.

Социально-экономический статус (класс). Основными показателями принадлежности индивида к определенному социальному классу являются профессионально-статусная позиция, образование и доход. Зависимость здоровья от принадлежности к социальному классу выступает одной из фундаментальных закономерностей социальной психологии здоровья. Эта закономерность, получившая название *классового градиента*, заключается в том, что чем выше социальный класс, тем лучше здоровье его представителей. Классовый градиент устанавливается по большинству нервно-психических и соматических расстройств, и, по-видимому, присущ всем обществам западного типа. Исследования в нашей стране воспроизвели указанную закономерность.

Есть две основные объяснительные модели классового градиента: теория социальной причинности, или социального стресса, и теория социальной селекции. В *теории социальной причинности* акцентируется значение объективно худших условий жизни представителей низших социальных классов. Низкий профессиональный статус связан с работой во вредных условиях, монотонным или тяжелым физическим трудом. Низкий доход влечет за собой стесненные жилищные условия, проживание в районах с неблагоприятной экологической обстановкой, более низкое качество питания и т.п. Представителям низшего класса менее доступны оздоровительные ресурсы и возможности системы здравоохранения. Низкий социально-экономический статус вообще сопряжен с более высоким уровнем переживания жизненных трудностей и психотравм. Напротив, принадлежность к высшим социальным классам создает благоприятные

условия. Высокий образовательный уровень способствует адекватной социальной ориентации, усвоению гигиенических знаний и навыков. Сам по себе процесс обучения в высшей школе развивает навыки преодоления жизненных трудностей. В *теории социальной селекции* утверждается, что распределение индивидов по социальным классам носит вторичный характер, тогда как первичным является врожденный или приобретенный дефицит социально ценных умений, наступающий вследствие заболевания или психической неполноценности.

Значение занятости для субъективного психологического благополучия индивида в течение столетий является предметом философских спекуляций. Мы будем понимать под *занятостью* лишь оплачиваемый труд в условиях организации индустриального типа. Исследования значения работы можно подразделить на два направления: первое связано с прямой фиксацией оценки индивидом *субъективного значения работы*, второе концентрируется на *самочувствии человека при потере работы* вследствие увольнения или вынужденном уходе на пенсию.

Каждая индустриальная организация может быть представлена как *структура социально-статусных позиций*, сопряженных с соответствующими *социальными ролями*. Выделяют три основные характеристики организационной роли, вызывающие нервно-психическое напряжение: 1) *ролевой конфликт*, т.е. противоречия требований, предъявляемых к личности, выполняющей данную роль; 2) *ролевая неопределенность*, т.е. неясность требований; 3) *ролевая перегрузка*, т.е. чрезмерность требований.

Традиционно о состоянии здоровья населения в Российской Федерации судят по основным критериям четырех показателей:

- 1) медико-демографических (средняя продолжительность жизни, показатели рождаемости, смертности и естественного движения населения);
- 2) общей заболеваемости населения;
- 3) здоровья матери и ребенка;

4) временной нетрудоспособности и инвалидизации населения.

Проблема качества жизни. В последнее время данное понятие, введенное в научный обиход в 1960-1970-х гг., все чаще используется в литературе. Признанного определения термина «качество жизни» не существует. Очевидно, что это комплексная характеристика удовлетворения материальных и культурных потребностей людей. Основной тезис концепции качества жизни - "жизнь - это главная ценность".

Существенными сторонами жизнедеятельности человека являются: а) жизнедеятельность в рамках общественных отношений, осуществляемая с целью производства и потребления материальных благ и, тем самым, направленная на удовлетворение потребностей членов общества в пище, одежде, жилище, комфорте, удобстве, красоте и пр.; б) жизневоспроизводство, направленное на социальное и культурное воспроизводство человеческого рода, каждого индивида и социума как целого; в) всесторонняя реализация личности, созидательного потенциала человека в процессах трудовой и творческой деятельности, социального и культурного развития. Таким образом, *жизнь* – это:

созидание + потребление + семья (род) + духовная жизнь.

Созидание есть труд. Созидательно-трудовая жизнь выступает, с одной стороны, как необходимость, а с другой - как внутренняя человеческая потребность (свободный труд как осознанная необходимость, желание, способность, реализация творческой активности человека). Важнейшая характеристика социума - сложившееся в обществе отношение к труду. *Потребление* определяет удовлетворенность человека повседневной жизнью объективно и субъективно. *Семья* и *род* – это браки, разводы, рождаемость, смертность, продолжительность жизни. Наконец, *духовность* – это знания, образование, воспитание, творчество, совесть, вера.

Говоря о качестве жизни, Г. М. Зараковский выделяет *десять основных ценностей, относящихся к базовым индивидуальным мотивам жизнедеятельности*:

- 1) *сила* – это здоровье, социальный статус, власть над людьми, власть над ресурсами, социальное влияние, авторитет;
- 2) *достижения* – это личный успех по критериям социальных стандартов, развитие способностей, амбиции (уровень самооценки);
- 3) *наслаждения* – это стремление к радостным событиям, к получению удовольствия;
- 4) *впечатления* – стремление к радостным впечатлениям, в том числе к неожиданным событиям, новизне;
- 5) *самостоятельность* – это возможность быть независимым, самому принимать ответственные решения, заниматься творчеством, удовлетворять свою любознательность;
- 6) *самореализация в глобальных интересах* – это широта интересов, понимание проблем мира и взаимоотношений с природой;
- 7) *благотворительность* – это забота о благополучии близких людей, стремление проявлять доброжелательность и ответственное отношение к другим людям;
- 8) *традиционализм* – это уважение и принятие обычаев и идей, традиционных для определенной культуры;
- 9) *самоидентификация с определенным обществом* – это согласие с нормами; поведение, ориентированное на социальные ожидания; самоконтроль; заинтересованность в судьбах данного общества;
- 10) *безопасность* – это стремление к стабильности общества и человеческих отношений, к личной безопасности, безопасности семьи, к национальной безопасности.

Изучение социальных представлений о здоровье. В последнее время проблемы изучения здоровья и болезни вошли в сферу *социальной*

психологии, которая занялась исследованием механизмов, ориентирующих на здоровый образ жизни, его пропагандой, адаптацией к стрессу и др. В этой связи проводятся различные исследования, в частности *изучение ценности здоровья для россиян*. Так, Л. Гордон утверждает, что в подобном исследовании были отмечены, во-первых, низкий уровень ценности здоровья, к тому же имеющий инструментальный, а не "самоценный" характер (здоровье, необходимое для чего-то более важного), во-вторых, низкая культура самосохранения и, в-третьих, безответственность граждан за собственное здоровье и здоровье близких (в большинстве своем люди начинают заботиться о здоровье только вследствие его фактического или ожидаемого ухудшения или по совету врача).

Изучение социальных представлений является своего рода наблюдением за тем, как ценности – социальные правила и культурные паттерны – осмысливаются субъектом и определяют его поведение. *Отношение к здоровью* – это система индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, напротив, угрожающими здоровью людей, а также определенная оценка индивидом своего физического и психического состояния. Конкретные виды отношения к здоровью находят проявление в действиях, поступках, переживаниях, суждениях людей относительно факторов, влияющих на их физическое, психическое и социальное благополучие. Критерием же меры адекватности отношения к здоровью является степень соответствия действий и поступков человека правилам здорового образа жизни, а также нормативно предписанным требованиям медицины, санитарии и гигиены. Что касается вербально реализуемых мнений и суждений относительно форм здорового поведения, то критерием их адекватности может выступать уровень осведомленности или компетентности индивида. Соответствие самооценки индивида физическому, психическому и социальному состоянию своего здоровья также является одним из критериев адекватности отношения к здоровью.

Отношение к здоровью является одним из центральных, но пока еще очень слабо разработанных вопросов психологии здоровья. На самом деле *формированию адекватного отношения человека к собственному здоровью препятствует целый ряд причин.*

Во-первых, здоровый человек не замечает своего здоровья, воспринимает его как естественную данность, сам собой разумеющийся факт, не видя в нем предмета особого внимания. В состоянии полного физического и психического благополучия потребность в здоровье как бы не замечается человеком, выпадает из поля его зрения. Он верит в его нерушимость и не считает нужным (поскольку и так все хорошо) предпринимать какие-то специальные действия по сохранению и укреплению своего здоровья.

Во-вторых, как правило, здоровье привлекает к себе внимание, лишь когда с ним возникают какие-то проблемы. Иными словами, здоровье приобретает актуальную жизненную необходимость, особую значимость тогда, когда оно уже нарушено.

В-третьих, в основе нездорового поведения нередко лежит феномен «нереалистичного оптимизма», к слову сказать, ничем не обоснованного. Его формированию способствуют определенные психологические факторы, такие как отсутствие личного опыта болезни; вера в то, что если проблема (заболевание) еще не появилась, то она не появится и в будущем; а если проблема со здоровьем и появится, то с ней можно будет справиться, предприняв соответствующие действия.

В-четвертых, довольно типичной является ситуация, когда люди,отягощенные болезнями, остро их ощущая, тем не менее не предпринимают действенных мер, не проявляют должной активности, направленной на их устранение. Иначе говоря, одна из причин пассивного отношения к здоровью кроется в недостатке необходимых знаний о нем, о способах его формирования, сохранения и укрепления.

В-пятых, нездоровое поведение в ряде случаев может приносить мгновенное удовольствие (выкурить сигарету, съесть мороженое и т.д.), а долговременные негативные последствия таких поступков кажутся далекими и маловероятными. Нередко люди просто не осознают, с какой опасностью сопряжено то или иное нездоровое поведение (нарушения в сфере питания, личной гигиены, режима труда и отдыха, бытовой культуры).

В-шестых, значительная часть самосохранительного поведения человека определяется его представлениями о здоровье. Если рекомендации по укреплению здоровья, полученные от средств массовой информации или от врача, не совпадают, расходятся с его представлениями, вероятность того, что он станет выполнять данные рекомендации, будет невысокой.

В-седьмых, существует возрастная динамика значимости здоровья. Его приоритетная роль чаще всего отмечается представителями среднего и особенно старшего поколения. Молодые люди обычно относятся к проблеме здоровья как к чему-то достаточно важному, но абстрактному, не имеющему к ним прямого отношения. В их иерархии ценностей доминируют материальные блага, карьера. Если они и уделяют внимание здоровью, то преимущественно его физической составляющей: в понимании молодежи роль психического и социального здоровья не находит должного места.

В-восьмых, социальное давление зачастую заставляет людей осуществлять нездоровое поведение (например, роль референтных групп у подростков в плане их приобщения к курению, алкоголю, наркотикам).

В-девятых, существует эффект задержанной обратной связи: люди предпочитают не обременять себя работой над собственным здоровьем, поскольку результат от затраченных усилий может быть не сразу заметен и очевиден. Занятия утренней гимнастикой, каким-то видом оздоровительных систем, закаливанием приносят ощутимый позитивный результат далеко не сразу, через несколько дней, а чаще через месяцы и даже годы. Не понимая этого, люди часто не «настраиваются» на терпеливую,

систематическую работу над собственным здоровьем. Не получив быстрого эффекта от полезных для своего здоровья действий, они бросают упражнения и могут не вернуться к ним уже никогда. Эффект задержанной обратной связи - одна из главных причин негигиенического поведения людей, пренебрежения ими правилами здорового образа жизни.

В-десятых, время от времени в социуме появляется «мода» на здоровье, но нет попыток поставить эту проблему на долгосрочную основу, рассматривать ее в качестве государственной задачи.

Наконец, в отношении к здоровью присутствует и гендерный аспект. Ценность здоровья выше для женщин. Они заботятся о здоровье, даже не имея с ним сколько-нибудь значимых проблем. Мужчины, как правило, обращают внимание на здоровье, когда оно ухудшается. Причем в обеспечении здоровья мужчины отдают предпочтение «условиям жизни» и только при очевидных нарушениях в состоянии своего здоровья начинают придавать значение собственным усилиям. Они в большей степени, чем женщины, считают возможным пожертвовать своим здоровьем ради карьеры, достижения профессиональных успехов, проявляя готовность «сгореть на работе».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психологическое консультирование, является востребованной и развивающейся областью применения психологических знаний.

Современный мир, изменчивый и противоречивый, ставит перед человеком много задач и, прежде всего, задачу осмысления себя, своего места в этом мире. Успешная адаптация предполагает не только сохранение здоровья, но и обогащение возможностей человека решать эти задачи. Неуспешная адаптация приводит к заболеваниям, прежде всего психогенным, и, таким образом, возникает возможность учиться на своих ошибках. Попытки найти способы решения сложных жизненных ситуаций приводят человека на психологическую консультацию и важно, чтобы консультант обладал всей

широтой психологического анализа, чтобы помочь реализоваться всему
лучшему, что есть в человеке.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Использованная литература

1.Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб., 2000.

2.Ананьев В.А. Психология здоровья. СПб., 2006.

3. *Никифоров Г. С.* Психология здоровья. СПб., 2002.

4. *Николаева В. В.* Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.

5. Орлова М.М. Клиническая психология. М., 2008.

5. Психосоматика: Новейший справочник. СПб., 2003. .

Психотерапевтическая энциклопедия. 2-е изд., доп. и перераб. СПб. : Питер, 2000

6.Сандомирский М. Психосоматика и телесная терапия. М. 2007.

7. Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993.

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского