

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ



**АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД
В ПРОФИЛАКТИКЕ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ**

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Ставрополь
2011

УДК 159.96
ББК 74.3
А 64

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
ГОУ ВПО Ставропольского государственного
педагогического института

Авторы-составители:

Слюсарева Е.С. (глава 1-4), **Евмененко Е.В.** (глава 6),
Тинькова Е.Л. (глава 1-5)

Рецензенты:

д-р биол. наук, профессор кафедры анатомии, физиологии и гигиены
Т.И. Джандарова (ФГОУ ВПО СГУ),
канд. психол. наук, доцент кафедры специальной и клинической
психологии **Ю.В. Прилепко** (ГОУ ВПО СГПИ)

Слюсарева Е.С., Евмененко Е.В., Тинькова Е.Л.

А 64 **Антропологический подход в профилактике психосоматических расстройств:** Учебно-методическое пособие. – Ставрополь: Изд-во СГПИ, 2011. – 156 с.

В учебно-методическом пособии представлен антропологический подход к системе профилактики психосоматических расстройств. В нем представлены теоретико-методологические основы психосоматики, основные методы диагностики и профилактики психосоматических расстройств. Пособие предназначено для специалистов системы общего и специального образования, студентов педагогических вузов.

УДК 159.96
ББК 74.3

© Ставропольский государственный
педагогический институт, 2011

«Плачет мозг, а слезы – в сердце, печень, желудок...»

Александр Лурия

ВВЕДЕНИЕ

Психосоматические расстройства – группа болезненных состояний, проявляющихся в актуализации соматической патологии, формировании общих, возникающих при взаимодействии соматических и психических факторов симптомокомплексов – соматизированных психических нарушений, психических расстройств, отражающих реакцию на соматическое заболевание.

Первоначально в подходах к изучению психосоматических расстройств преобладали психоаналитические концепции, согласно которым соматическое здоровье обусловлено состоянием психики.

Однако в истории любого научного направления происходит переосмысление предыдущих этапов ее развития: актуализируются скрытые направления, пересматриваются традиционные взгляды, привлекаются данные из других сопредельных наук или делаются попытки создать интегративные системы познания с использованием новых методов, подходов, гипотез и т.п.

На современном этапе ведущим подходом к изучению психосоматических расстройств является антропологический.

В данном контексте антропология понимается как комплекс научных направлений, которые служат определению морфофункционального, соматопсихического и личностносоциокультурного единства человека, форм его изменчивости и факторов, влияющих на эту изменчивость в норме и патологии.

В этом случае сохраняет свое значение поиск символического смысла физических болезненных расстройств, хотя исследование этого смысла осуществляется уже не психоаналитическим, а специальным антропологическим методом.

Представители антропологического направления свою задачу видят в понимании смысла болезненного симптома в связи с духовной экзистенцией человека, а само расстройство рассматривается как экзистенциальное состояние во внутренней истории жизни человека. Смысл симптомообразования важнее, чем определение соматической формы его проявления. И психоаналитики, и антропологи ведущим в своей работе считают глубинно-психологический анализ истории личностных переживаний с целью понимания содержательного смысла расстройства и

нет принципиальной разницы в том, каким путем они это делают. Если один из них стремится понять человека аналитическим, то другой – антропологическим методом, использующимся для понимания бытия.

В учебном пособии представлены основные характеристики психосоматических расстройств, методы их диагностики и профилактики. Учебное пособие предназначено для психологов, педагогов, студентов педагогических вузов.

ГЛАВА 1. КОНЦЕПЦИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

1.1. Концепции психосоматических расстройств

В основе антропологического подхода лежит междисциплинарный принцип, обеспечивающий анализ, интерпретацию и интеграцию знаний из разных областей конкретных наук.

С позиций данного подхода психосоматика рассматривается как междисциплинарное научное направление, которое:

- служит лечению заболеваний и, следовательно, находится в рамках медицины;
- исследует влияние эмоций на физиологические процессы, она является предметом исследования физиологии;
- как отрасль психологии исследует поведенческие реакции, связанные с заболеваниями, психологические механизмы, воздействующие на физиологические функции;
- как раздел психотерапии ищет способы изменения деструктивных для организма способов эмоционального реагирования и поведения;
- как социальная наука она исследует распространенность психосоматических расстройств, их связь с культурными традициями и условиями жизни.

Это определяет многообразие подходов к определению психосоматических расстройств, методам их диагностики и профилактики.

Клинико-эмпирический подход

(Разработан W. Osler, P. Конечный, M. Боухал) рассматривает психосоматические отношения как со стороны психосоматического процесса, определенного психического состояния или смены состояний, которые вызывают регистрируемую физиологическую реакцию организма, так и со стороны соматопсихического процесса – определенного состояния организма, вызывающего психическую реакцию.

Психодинамическая концепция психосоматических расстройств

Классический психоанализ как теоретическая база психосоматических представлений (З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер). Эта концепция открыла для клиницистов защитные механизмы личности, методический доступ к бессознательному через сновидения, свободные ассоциации, описки и оговорки, а также теорию коллективного бессознательного,

из которого вышла «теория символического языка органов». Научная основа, на которой в дальнейшем развивались психосоматические исследования, была заложена З. Фрейдом, создавшим конверсионную модель, согласно которой ущемленные эмоции порождают конверсионные симптомы. Вытесненные из сознания социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные) прорываются, принимая ту или иную символическую форму.

С точки зрения З. Фрейда, психопатологические симптомы поддерживаются динамикой бессознательных сил – энергии (либидо) и аффекта (катексиса), ограниченных в своем внешнем проявлении социальными нормами. Увидеть эти энергетические процессы в психике естественнонаучными методами, применяемыми в эмпирической клинической психологии, не возможно: они приобретают вещественную форму только в виде символических знаков. Когда под воздействием жестких социальных норм-запретов прямое выражение аффективных побуждений становится невозможным, динамическое напряжение бессознательных сил реализуется в виде символов, спроецированных на проблемную область жизни пациента.

Истерия как психопатологический синдром вызывается, по мнению З. Фрейда, неразрешенным эмоциональным конфликтом (психической травмой), осознание которого не поощряется социальными нормами. Другими словами, вместо того чтобы бытьотреагированными в спонтанном выражении, испытываемые человеком отрицательные эмоции, возникающие при травмирующем событии, подавляются. Однако вызываемое аффектом энергетическое напряжение никуда не исчезает и обращается в болезненный симптом. Отсюда возникает представление о конверсионном (conversion – обращение, переход из одного состояния в другое) механизме истерических расстройств, когда болезненный симптом выступает символическим выражением эмоционального конфликта. Нарушение телесной функции есть соматизированное выражение несовместимых с осознаваемым «Я»-идей.

Неотреагированный вытесняемый эмоциональный (внутриличностный) конфликт становится энергетическим резервуаром, подпитывающим болезнь. Следовательно, для прекращения истерического расстройства необходимо осознание этого конфликта, добиться чего можно за счет актуализации личностных ресурсов самого пациента. Дальнейшее развитие этой идеи пошло по пути поиска и совершенствования метода актуализации личностных ресурсов. Поэтому психосоматические нарушения в психоанализе долгое время отождествлялись только с конверсионным психическим расстройством.

Под конверсионным психическим расстройством сегодня понимаются нарушения телесных функций (двигательных или сенсорных) психоген-

ного происхождения, имеющих тесную по времени связь с травматическими событиями, или неразрешимыми, невыносимыми проблемами, или нарушенными взаимоотношениями со значимыми людьми.

Истинно конверсионным считается расстройство, которое возникает вследствие неспособности человека самостоятельно разрешить возникшие проблемы и конфликты, вызывающие у него очень неприятные чувства.

Типичный пример детей с истинно конверсионным расстройством – это лица с судорожными конвульсиями, параличом (полным или частичным, когда движения слабы и замедленны), снижением остроты зрения («неясность» зрения или сужение поля зрительного восприятия), потерей кожной чувствительности. При этом симптомы являются конверсионными, если они возникают в ответ на эмоционально значимые или травмирующие события и отсутствуют данные об органическом поражении двигательного и нервного аппарата.

Дальнейшее развитие психодинамической концепции психосоматических расстройств происходило в нескольких направлениях: теория личностных профилей, теория психосоматической специфичности, теория психосоматического Эго.

Концепция личностных профилей

Концепция специфических личностных «профилей», радикалов, стереотипов поведения (F.Dunbar), пытавшаяся установить корреляцию между соматическими типами реакций и постоянными личностными параметрами в виде определенных личностных радикалов, паттернов и стереотипов поведения, что нашло свое наибольшее выражение в популярной концепции поведенческого типа «А» (D.Friedman).

В 1948 г. Ф. Данбар закончила разработку концепции личностных профилей, суть которой в том, что эмоциональные реакции на проблемные жизненные ситуации являются производными от структуры личности больного. Она предполагала, что каждое соматическое заболевание, развившееся вследствие непроработанного психологического конфликта, связано с вполне определенным набором характерологических черт и паттернов межличностного взаимодействия.

Ею были выделены следующие типы личности:

1. Коронарный тип – люди, которые склонны к развитию у них сердечно-сосудистой патологии вследствие подавления в силу социального или эмоционального запрета эмоции гнева. Для них характерна повышенная агрессивность, жестокость, раздражительность, стремление всегда быть лидером и победителем, состязательность, нетерпение, гневливость и враждебность по отношению к другим.

2. Гипертонический тип. Для данного типа личности свойственны повышенная гневливость, чувство вины за собственные враждебные им-

пульсы, выраженная потребность в одобрении со стороны окружающих, особенно – авторитетных или руководящих лиц.

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

4. Склонный к повреждениям тип личности.

Теория эмоционального конфликта

Теория «специфического эмоционального конфликта», основателем которой был F. Alexander, показавший решающее значение эмоциональных состояний напряжения (эмоциональных конфликтных ситуаций и их физиологических коррелятов) на функцию органов. Опираясь на исследования Ч. Дарвина, Ф. Александер утверждал, что каждая эмоция выполняет функцию выражения определенного физиологического состояния организма: какова эмоция, возникающая на стрессовое событие, такова и ответная физиологическая реакция: каждая эмоция может вызвать только определенное, специфичное только ей, физиологическое состояние организма.

В 1934 г. Ф. Александер опубликовал исследование о влиянии психологических факторов на развитие болезней желудочно-кишечного тракта, который наиболее «предпочитается» психическим аппаратом для облегчения разного рода эмоционального напряжения. Он утверждал, что психологический фактор не столько вызывает само поражение желудочно-кишечного тракта, сколько запускает процесс гипо- или гиперсекреции желудочного сока, а также изменяет двигательную активность и давление крови в кишечнике.

Гипотеза о специфичности, выдвинутая Ф. Александером, опиралась на три базовых положения.

1. Психологический конфликт сочетается с физиологическими и биохимическими факторами, предрасполагающими к заболеванию.

2. Бессознательный конфликт активизируется под влиянием особо значимых жизненных событий.

3. Сопровождающие внутриличностный конфликт негативные эмоции выражаются на физиологическом уровне, что и приводит в конечном итоге к развитию болезни.

В современной клинической психологии под психосоматическими расстройствами вслед за Ф. Александером понимают объективно диагностируемые органические поражения, в возникновении которых, по крайней мере у части пациентов, существенную роль играют психологические и поведенческие факторы. В отечественной клинике их нередко называют «психогенными». Психические нарушения, которые сопровож-

дают психогенные органические заболевания, обычно являются слабо-выраженными и длительно существующими (например, продолжительное беспокойство, хронические эмоциональные конфликты, постоянно возникающие дурные предчувствия и т. п.).

Сегодня насчитывается около 14 типов расстройств, связанных с влиянием психологических факторов:

- стенокардия, нарушения сердечного ритма, сердечные спазмы;
- бронхиальная астма;
- болезни соединительной ткани (ревматоидный артрит, системная красная волчанка);
- головные боли (мигрень);
- гипертония;
- гипотония;
- синдром гипервентиляции, сопровождающий паническое и тревожное расстройство, а также тахикардию;
- воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, синдром раздраженной толстой кишки);
- болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ (сахарный диабет, гипогликемия, тиреотоксикоз, глюкозурия, изменения гормонального метаболизма (особенно адренкортикотропного гормона));
- нейродермит;
- ожирение;
- остеоартрит;
- язва двенадцатиперстной кишки;
- аллергические расстройства.

Неспособность к эмоциональному резонансу (теория алекситимии)

Концепция «алекситимии» – неспособности к эмоциональному резонансу и «оперативного мышления» (конкретного мышления, свободы от сновидений), в соответствии с которыми психосоматические больные имеют особый патогномонизм интрапсихической переработки внутриличностных конфликтов и специфику вербального поведения (I. Ruzov).

Алекситимия («нет слов для выражения чувств») является психологической характеристикой, с которой связана неспособность словесно определить и описать возникшее чувство. Неидентифицированное чувство вызывает физиологическое напряжение, вызывающее изменение на соматическом уровне. Человек не может различить собственно чувство и телесное ощущение и фокусирует свое внимание на телесных ощущениях, что только усиливает напряжение и приводит к соматическим нарушениям вследствие психофизиологической перегрузки. Из-за того, что сильная эмоция не подвергается вербальной символизации и, следова-

тельно, остается недоступной сознанию, она начинает непосредственно воздействовать на организм, причиняя неблагоприятные последствия.

На психологическом уровне алекситимия проявляется снижением способности к символизации, скудостью содержания фантазий и других проявлений воображения, большим фокусированием на внешней стороне событий, а не на внутренних переживаниях в связи с ними.

Алекситимия может возникать как психологическая защита на эмоциональный стресс («вторичная алекситимия») и развиваться в отсутствие психофизиологических механизмов (биохимический дефицит), отвечающих за функции воображения («дефицитарная алекситимия»).

Теория психосоматического Эго

Опирается на постулированное З. Фрейдом существование в структуре личности психического и телесного «Я». Телесное «Я» рассматривалось им как представленность («проекция») телесных функций в психической сфере, как феномен восприятия процессов, происходящих в теле. Те функции и части тела, которые по каким-либо причинам отвергаются человеком, – вытесняются в сферу бессознательного, т. е. не входят в его личностную идентичность. Энергия, исходящая от этого участка тела или функции, начинает стремиться к реализации и, сталкиваясь с такой психологической защитой «Я» от бессознательных импульсов, как сопротивление, приводит к расстройству вытесняемой телесной функции.

Идея телесного «Я» получила развитие в психосоматической концепции немецкого психотерапевта Г. Аммона. Психосоматическое расстройство понимается здесь как проявление аномального личностного развития вследствие неблагоприятных («патогенных») отношений с матерью в периоде раннего детства. С точки зрения психоаналитической концепции развития, в первые месяцы жизни ребенок не ощущает себя отдельным от матери существом. Мать воспринимается младенцем как неотъемлемая часть его тела, которое еще не имеет четко осознаваемых границ, а потому ребенок оказывается не в состоянии различать свои собственные телесные функции. Следовательно, мать и дитя образуют некое психосоматическое единство, живя в диадном симбиозе. Поэтому главной задачей развития в младенчестве является распознавание и структурирование своих собственных потребностей и телесных функций, что оказывается возможным только в условиях соответствующей заботы со стороны матери, обеспечивающей телесный контакт, еду и уход.

Неструктурированное Эго младенца может развиваться в двух направлениях в зависимости от характера отношений с матерью.

«Хорошая» мать, обеспечивающая достаточную любовную заботу, адекватно реагирует на сигналы, идущие от ребенка. Она распознает актуальные для младенца телесные и эмоциональные потребности и удов-

летворяет их подобающим образом. Адекватное реагирование со стороны матери наряду с эмоционально насыщенным общением, в ходе которого младенец усваивает модальность отношения к нему, позволяют ребенку составить правильную телесную схему своего тела и сформировать мотивацию к его познанию. Тем самым ребенок переходит в стадию первичного нарциссизма, завершающуюся формированием развитого телесного «Я». На основе развитого телесного «Я» складывается личностный механизм восприятия своего тела, а также определяются условия удовлетворительного взаимодействия «Я» с внешним миром.

«Психосоматогенная» мать испытывает частичную беспомощность в реагировании на сигналы ребенка. Она не в состоянии адекватно распознать, о каких неудовлетворенных потребностях сигнализирует ей младенец, не уделяет ему достаточно внимания и заботы. Между матерью и ребенком устанавливается односторонняя коммуникация. Она адекватно реагирует только на отдельные телесные потребности, острую материальную нужду или явную болезнь. Не понимая эмоциональных запросов со стороны ребенка, она интерпретирует его недовольство как каприз, поскольку материальные потребности ею удовлетворены. Любую спонтанную экспрессию ребенка такая мать воспринимает как оскорбление своих материнских чувств («Ну, чего же тебе еще нужно от меня?!»). Это жестко контролирующая и одновременно постоянно покидающая (если ее ожидания не оправдываются) ребенка мать.

Как результат, у ребенка в такой системе отношений с матерью складывается дефектное, разорванное телесное «Я», в котором представлены только отдельные, изолированные телесные функции, поскольку мать реагировала на одни и те же потребности не всегда, а только в случае крайней нужды. Не представленные в телесном «Я» функции начинают проявлять себя в виде болезненных симптомов, поскольку у ребенка не оказывается другого пути «достучаться» до своей матери. Параллельно с этим у ребенка развивается гиперактивность и происходит патологическая трансформация изначально конструктивной агрессии по отношению к неудовлетворяющей его потребности матери на свое собственное тело (поскольку ребенок усваивает негативное отношение к этому телу со стороны матери).

Таким образом, психосоматическое расстройство, согласно концепции Г. Аммона, есть результат отрицательного отношения индивида к отдельным элементам своего «Я», вызванного неконструктивными отношениями со значимыми людьми из ближайшего окружения. Возникновение психосоматических реакций на травмирующие жизненные события оказывается связанным здесь с неразвитой способностью человека устанавливать четкие границы своей идентичности, разделять свое и чужое мнение о самом себе. По образному выражению Г. Аммона, психосоматик вместо вопроса, обращенного к самому себе: «Кто Я?», пы-

тается добиться от других ответа на вопрос: «Что со мной происходит?». Тем самым через болезнь он уходит от своей подлинной к «ложной» идентичности, постоянно колеблясь между тотальной зависимостью от значимых других и озлобленностью на эту свою зависимость.

Последствия стресса

Экспериментально-психологические, клинико-физиологические, биохимические и цитологические исследования последствий эмоционального стресса (Г. Селье, Ф. З. Меерсон и др.), устанавливающие влияние экстремальных стрессовых ситуаций на восприимчивость и особенности патогенеза, течения и терапии психосоматических заболеваний. Причем, в данном направлении отмечается весьма большое число отдельных направлений изучения психосоматической патологии (стресс и адаптационные реакции, стресс и стрессорные повреждения, стресс-факторы и картина их субъективного переживания и т. д.).

Психофизиологическое направление

Психофизиологическое направление (А.С. Гевинс, Р. Джонсон, Ф.Б. Березин, Ю.М. Губачев, П.К. Анохин, К.В. Судаков и др.), в основе которого лежит стремление установить взаимосвязи между отдельными психофизиологическими характеристиками (например, некоторые неокортикально-лимбические характеристики или симпатико-парасимпатикотрофные проявления) и динамикой висцеральных проявлений (активацией органных функций). Принципиальной основой концепции является положение о функциональных системах.

Психоэндокринное и психоиммунное направление

Психоэндокринное и психоиммунное направление исследований (В.М. Успенский, Я.С. Циммерман, В.А. Виноградов, И.П. Мягкая), изучающее широкий спектр нейроэндокринных и нейрогуморальных феноменов у больных психосоматическими заболеваниями (психоэндокринное тестирование особенностей и уровня синтеза катехоламинов, гипофизарных и тиреоидных гормонов, специфика иммунограмм). Поиск «специфического нейрогормонального обеспечения» эмоционального реагирования, показал, что высокий уровень личностной и ситуативной тревожности связан с разнонаправленными нейрогормональными сдвигами.

Нейрофизиологическое направление (кортиковисцеральная концепция)

Нейрофизиологическое направление (И.Т. Курцин, П.К. Анохин, Н.П. Бехтерева, В.Д. Тополянский), изучающее нейрофизиологическое обес-

печение стойких патологических состояний и объясняющее возникновение психосоматических расстройств нарушенными кортиковисцеральными взаимоотношениями.

Суть этой теории заключается в том, что нарушения кортикальных функций рассматриваются как причина развития висцеральной патологии. При этом учитывается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. Влияние коры больших полушарий на внутренние органы осуществляется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами.

В центре внимания этой теории были соматические нарушения, возникающие при невротических расстройствах. Эти нарушения рассматривались как психофизиологическое сопровождение имеющихся у пациентов эмоциональных проблем.

Изменения, возникающие у «невротиков» в анатомо-физиологических системах, объяснялись наличием в их организме до определенного времени скрыто протекающих («доклинических») патологических процессов, которые только лишь проявляли себя под триггерным («пусковым») действием провоцирующих психологических факторов. Иногда соматические расстройства при неврозах объяснялись как декомпенсация функции под действием избыточного нервного напряжения либо как нарушение ритма адаптивных процессов в условиях вызванной психологическими причинами дезинтеграции работы физиологических систем.

Связь между формой болезни и содержанием психологического конфликта сторонники кортиковисцеральной концепции рассматривали как случайное совпадение, поскольку основной причиной расстройства они считали силу возбуждения в нейронных цепях, которая воспринимается человеком как сильное эмоциональное переживание. Соматическое расстройство в таком случае может возникнуть только в том случае, если в момент сильного переживания в каком-то органе тела по роковому стечению обстоятельств было неудовлетворительное функциональное состояние. Другими словами, ослабленная в момент переживания физиологическая система («слабое звено») вовлекается в патологический процесс, независимо от психологического смысла внутриличностного конфликта или проблемы, вызвавшей сильные переживания. Таким образом, психосоматические отношения в нейробиологической трактовке понимаются либо как влияние эмоций, сопровождающих уже имеющееся расстройство, на динамику патологического процесса, либо как поломку «слабого звена» в морфологической структуре организма под действием сильного аффекта. Отдельно выделяется и запускающая функция эмоций в развитии патологического процесса.

Трактовка психики как интегральной высшей функции мозга (ЦНС) переводила понятие «психосоматика» в плоскость взаимодействия нервно-

го и соматического аспектов жизнедеятельности организма, представляя соотношение психики и тела как психофизиологический процесс. При таком понимании психосоматических отношений можно было говорить об их двунаправленности: не только от психических процессов (под которыми понималась активность коры и вообще ЦНС) к телу, но и наоборот – от тела к психическим процессам. Другими словами, речь могла идти уже и о так называемых «соматопсихических» расстройствах, под которыми понимались нарушения психической (а точнее – психофизиологической) деятельности в условиях соматического заболевания.

Соматопсихическое направление было заложено в нашей стране трудами психиатров С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, Е.К. Краснушкина. В рамках этого направления клинико-психологических исследований было установлено, что имеются два пути патогенного влияния соматической болезни на психику: собственно соматогенный (интоксикационное воздействие на ЦНС) и психогенный (острая реакция личности на заболевание и его последствия).

Действительно, хроническое соматическое заболевание существенно изменяет социальную ситуацию развития личности: изменяются возможности в осуществлении тех или иных видов деятельности, игры, ограничивается круг контактов с окружающими, корректируется видение своего места в жизни, изменяется восприятие времени. Все это может приводить к снижению волевой активности, изменению мотивационного компонента деятельности и поведения, сужению круга интересов и общему оскудению личности.

Е.Т. Соколова и В.В. Николаева обращают внимание на важный механизм соматопсихических отношений – механизм «замкнутого круга». Он заключается в том, что нарушение, первоначально возникающее в соматической сфере, вызывает психопатологические реакции, дезорганизуя личность, а эти реакции, в свою очередь, выступают причиной последующих соматических нарушений. Эта идея также раскрывается в понятии «психосоматического цикла», когда периодическая актуализация психологических проблем и связанных с ними длительных или интенсивных переживаний приводит к обострению хронического соматического расстройства или формирует новый соматический симптом.

Функциональная асимметрия мозга

Теория нарушения «функциональной асимметрии мозга» как причина психосоматической патологии (Н.И. Косенков). По мере социальной адаптации происходит увеличение функциональной асимметрии мозга, которая не переходит определенной границы – «критической зоны».

В случае социальной дезадаптации функциональная асимметрия мозга достигает «критической зоны» и это приводит к возникновению пси-

хосоматической патологии. Изменяется работа функционально асимметричных (имеющих временную асимметрию в секреторной и двигательной деятельности) физиологических систем организма, что способствует выходу функциональной асимметрии мозга из «критической зоны». Это приводит к возникновению фазы ремиссии психосоматической патологии, которая может иметь различную длительность течения. Возникает порочный круг психосоматической болезни, запустить который могут как изменения в центральной нервной системе, так и патологические нарушения в периферических органах и системах, вовлеченных в болезненный процесс.

Концепция «*субъективной картины болезни*» разрабатывалась в рамках соматопсихического направления в советской клинической психологии (А.Р. Лурия), в которой акцент сделан на зависимости формирования устойчивости к заболеванию и характера течения болезни от активности отношения больного к своему заболеванию, к собственному внутреннему миру и к окружающей реальности. В. В. Николаева предлагает выделять в структуре внутренней (субъективной) картины болезни следующие уровни:

- сензитивный (болезненные ощущения и состояния);
- эмоциональный (непосредственные эмоциональные реакции на болезненные ощущения и эмоциональные реакции на последствия болезни в жизни человека);
- интеллектуальный (знания о болезни и оценка своего состояния);
- мотивационный (возникновение новых мотивов и перестройка прежней мотивационной структуры).

Р. Конечный и М. Боухал предлагают выделить во внутренней картине болезни также и волевою сторону, связанную со стремлением совладать с болезнью.

Содержание субъективной картины болезни зависит от влияния ряда факторов:

- характер расстройства (острое или хроническое, наличие или отсутствие боли, косметических дефектов, сохранение или ограничение прежних возможностей в поведении и деятельности и т. п.);
- обстоятельства жизни с расстройством (появление новых проблем, стигматизация, дискриминация и т. д.);
- личностные особенности пациента;
- социальный статус до развития расстройства.

В зависимости от содержания внутренней картины болезни у личности могут развиваться разнообразные типы отношения к своему заболеванию, среди которых наиболее часто выделяют следующие:

1. Адекватное отношение. Отношение соответствует объективному состоянию: без преувеличения или недооценки. Нежелание обременять ок-

ружающих тяготами ухода за собой, переключение на доступные сферы деятельности.

2. Пренебрежительное – недооценка своего состояния.

3. Отрицающее – активное игнорирование наличия расстройства.

4. Аггравирующее – преувеличение степени тяжести своего состояния.

5. Ипохондрическое – погружение, «уход» в болезнь, сосредоточенность только на своем расстройстве.

6. Рентное – использование своего состояния для манипулирования другими людьми с целью получения моральных или материальных выгод.

7. Безразличное – пассивное принятие своего состояния, утрата интереса ко всему, что интересовало ранее.

Знание структуры внутренней картины болезни позволяет выбрать адекватную программу психокоррекционных мероприятий, направленную либо на снятие дискомфортных ощущений, либо на изменение модальности переживаний, либо на активизацию усилий по конструктивному приспособлению к болезненному состоянию, либо на коррекцию когнитивных установок и способов рационализации своего состояния.

Общими *целями психологического сопровождения* ребенка с хроническим соматическим расстройством выступают:

- предоставление адекватной информации о болезни;

- эмоциональная поддержка (родственников, специалистов, сверстников, «товарищей по болезни»);

- развитие и поощрение навыков самообслуживания в различные моменты и этапы болезни для избегания «выученной беспомощности»;

- постановка новых адекватных текущему и прогнозируемому состоянию жизненных целей и задач.

В последнее время разрозненные положения всех рассмотренных концепций психосоматических расстройств объединяются в рамках *биопсихосоциальной модели болезни* Дж. Энгеля (G.L. Engel). Психосоматическое расстройство следует рассматривать как функцию множества факторов, среди которых психологические играют ведущую этиологическую роль с учетом конкретных жизненных обстоятельств конкретного человека. К факторам, отвечающим за развитие психосоматических расстройств, относятся:

- врожденная конституция тела, работа эндокринных, физиологических и нервных систем;

- родовые травмы;

- органические заболевания в детстве, в результате чего определенный орган становится уязвимым;

- тип ухода за ребенком в детстве (как убаюкивали, приучали к туалету, кормили, общались и т. п.);

- случайные физические травмы в детстве;
- случайный опыт психотравмирующих переживаний в детстве;
- эмоциональный климат в семье в сочетании с личностными качествами родителей и сиблингов (братьев и сестер);
- физические травмы во взрослом возрасте;
- взрослый опыт психотравмирующих переживаний в личных и профессиональных отношениях.

1.2. Классификация психосоматических расстройств

К психосоматическим явлениям современная медицина и психология относят психосоматические реакции и психосоматические расстройства.

Психосоматические реакции – это кратковременные проходящие состояния, проявляющиеся в напряженных жизненных ситуациях (сердцебиение, потеря аппетита).

К определению психосоматических расстройств существует ряд подходов.

В 1818 г. немецкий врач С.А. Хейнрот (S.A. Heinroth) ввел в оборот термин «психосоматика», которым он обозначил свою концепцию о внутреннем конфликте как ведущей причине психической болезни. Четыре года спустя другой немецкий врач – М. Якоби – ввел альтернативное понятие «соматопсихическое», подчеркнув, что психические болезни вызываются вполне материальными причинами, а не недоступными эмпирической проверке психологическими конфликтами.

Сторонники психоанализа предлагают понятие конверсионного психического расстройства под которым сегодня понимаются нарушения телесных функций (двигательных или сенсорных) психогенного происхождения, имеющие тесную по времени связь с травматическими событиями, или неразрешимыми, невыносимыми проблемами, или нарушенными взаимоотношениями со значимыми людьми.

В современной клинической психологии вместо термина «конверсионное» также используется более широкое понятие «диссоциативное расстройство». В этом термине подчеркивается характерная особенность конверсионных расстройств, которая заключается в частичном или полном вытеснении из памяти психотравмирующего события, неразрешимой проблемы или конфликта, что проявляется в отрицании ребенком очевидной для окружающих временной и причинной связи между неразрешимой проблемой и появившимся расстройством.

Под психосоматическими расстройствами вслед за Ф. Александером понимают объективно диагностируемые органические поражения, в возникновении которых, по крайней мере у части пациентов, существен-

ную роль играют психологические и поведенческие факторы. В отечественной клинике их нередко называют «психогенными».

Обобщая предложенные определения можно отметить: психосоматические нарушения обычно определяются как таковые, при которых психологические факторы считаются составляющими в развитии обострения или сохранении заболевания.

Психосоматические расстройства представляют собой соматические болезни, в патогенезе которых присутствует значимый психопатологический компонент – когда внутриличностный психологический конфликт не выражается нарушениями поведения или другими психопатологическими симптомами, а проявляется соматическими эквивалентами и очень быстро трансформируется в соматические заболевания.

Таким образом, первоначально понятием «психосоматические» объединялись заболевания, в развитии которых существенную роль играют неблагоприятные психотравмирующие воздействия (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма). В настоящее время термин имеет два значения: одно связано с его применением в области медицины, второе – к болезням, в которых важную роль играют психологические факторы.

Кроме психосоматических расстройств, выделяются многочисленные психопатологические расстройства, сопровождающиеся выраженными соматическими дисфункциями (ПРСД). Необходимо подчеркнуть, что психопатологические расстройства, сопровождающиеся выраженными соматическими дисфункциями (ПРСД) – психические нарушения, нуждающиеся, прежде всего, в психофармакологическом и психотерапевтическом вмешательстве. Именно поэтому акцент на соматическом лечении при таких состояниях оказывается неэффективным в отличие от психосоматических расстройств, при которых терапия собственно соматического заболевания должна носить преимущественное или равноправное с психотерапевтическим, психиатрическим вмешательством значение. К психопатологическим расстройствам, сопровождающимся выраженными соматическими дисфункциями (ПРСД), согласно МКБ-10, относится большинство нозологических рубрик.

К этиопатогенетической основе психосоматических расстройств и психопатологических расстройств, сопровождающихся выраженными соматическими дисфункциями относят:

- неспецифическую наследственную и врожденную отягощенность соматическими нарушениями и дефектами;
- наследственную предрасположенность к психосоматическим расстройствам;
- нейродинамические сдвиги (нарушения деятельности ЦНС);

- личностные особенности – степень психологической уязвимости;
- психофизическое состояние во время психотравмирующего воздействия и его особенности;
- неблагоприятный фон семейных и социальных факторов.

То есть психосоматические расстройства и психопатологические расстройства, сопровождающиеся выраженными соматическими дисфункциями, в патогенетическом смысле представляют собой системную реакцию высшей нервной и психической деятельности на острый или хронический эмоциональный стресс. При этом вегетативная дисфункция, развивающаяся в результате дисрегуляции надсегментарных вегетативных структур, проявляется в основном как собственно вегетативными, так и эмоционально-когнитивными расстройствами (потенцирующими поведенческие нарушения, особенно в детском и подростковом возрасте).

Следовательно, можно утверждать, что одновременно с психопатологической реакцией на психотравмирующее воздействие при отсутствии какого-либо конкретного соматического заболевания обязательно формируются и симптомы вегетативной дисфункции. И только в дальнейшем вегетативные нарушения трансформируются в соматическое заболевание, или в общее невротическое, аффективное, соматоформное расстройство, или в соматоформную дисфункцию конкретной органной системы. Таковую психопатологическую симптоматику при соматических заболеваниях врачи объединяют общей категорией – психовегетативный синдром.

К симптомам соматической дисфункции при различных психопатологических расстройствах, сопровождающихся выраженными соматическими дисфункциями в детском возрасте относят: капризность, раздражительность, проявления перевозбуждения, приступы непослушания и агрессивного поведения, повышенную утомляемость, слезливость, температурные реакции, спастические нарушения (прежде всего ларингоспазмы), необъяснимую сонливость и т.д., тогда как в подростковом возрасте проявления соматической дисфункции приближены к симптомам, выявляемым у взрослых: физическая слабость, повышенная утомляемость, головная боль, головокружение, нарушения сна, тремор, ощущение недостатка воздуха или комка в горле, мышечная скованность, диспептические и дизурические расстройства, длительное необъяснимое агрессивное и протестное поведение.

К психологическим качествам и особенностям личности, обуславливающим формирование психосоматических расстройств и психопатологических расстройств, сопровождающихся выраженными соматическими дисфункциями в детском и подростковом возрасте, можно отнести: психофизический инфантилизм, когнитивно-эмоциональный дисбаланс (КЭД), эгоцентризм (преимущественно вследствие воспитания по типу «кумир семьи»), перфекционизм (комплекс отличницы), снижен-

ный импульс-контроль (непереносимость отсрочки удовлетворения потребностей), повышенную агрессивность или тревожность, «выученную беспомощность», алекситимию (невозможность выразить свои чувства, диссоциацию или отщепление эмоциональных переживаний).

Расстройства, относимые к психосоматическим, включают не только психосоматические заболевания в традиционном понимании этого термина, но значительно более широкий круг нарушений:

- соматизированные расстройства (или органичные неврозы), различают кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром раздраженного желудка, раздраженной толстой кишки, мочевого пузыря и пр. Проявляются сочетанием конверсионных и соматизированных симптомокомплексов с тревожно-фобическими расстройствами и, в частности, с фобиями ипохондрического содержания;

- психосоматические реакции и психосоматические заболевания, первые еще не являются точно очерченной патологией и встречаются у здоровых людей как единичные, изолированные реакции организма на те или иные стрессовые моменты. В то же время при определенных условиях эти единичные психосоматические реакции могут стать началом психосоматического заболевания;

- классические психосоматические заболевания – это такие болезни, в картине которых имеется органическое поражение той или иной системы. Страдающие психосоматическими расстройствами никогда не обращаются к психиатру и длительное время безуспешно лечатся у врачей других специальностей, нередко переходя от одного врача к другому. Именно поэтому врачам общего профиля, терапевтам, гастроэнтерологам, кардиологам, хирургам необходимо иметь хотя бы общее представление о психосоматических расстройствах;

- к этому ряду также относятся психические расстройства, часто осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия, алкоголизм, др.);

- нарушения, осложняющие некоторые виды лечения (депрессия и нарушения памяти после аорто-коронарного шунтирования, астения после гемодиализа);

- соматогенные психозы (делирий, аменцию, галлюциноз).

С точки зрения Б.Д. Карвасарского, двумя основными группами психосоматических расстройств являются «большие» психосоматические заболевания, к которым относят ишемическую болезнь сердца (I20-I25), гипертоническую болезнь (I10), язвенную болезнь желудка (K25) и двенадцатиперстной кишки (K26), бронхиальную астму (F54) и некоторые другие, и «малые» психосоматические расстройства – невротические нарушения внутренних органов, или так называемые «органичные невро-

зы» (F45.3). Не все авторы склонны относить «органные неврозы» к собственно психосоматической патологии. В. Франкл полагал, что соматическим заболеваниям, вызванным психическими причинами, следует противопоставлять психогенные заболевания (неврозы (F40-F48) как психически обусловленные.

Органные неврозы с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – синдром «раздраженного желудка», «раздраженной толстой кишки» – наблюдаются, по данным эпидемиологических исследований, у 13-52% больных, обращающихся за консультацией к гастроэнтерологу.

К функциональным нарушениям со стороны желудка относятся изжога, алгии и ощущение распирания и/или перенаполнения, тошнота, рвота, отрыжка.

Связь между психикой и телом осуществляется через вегетативную нервную систему и проявляется в виде различных вегетативно-сосудистых реакций. Психогенная ситуация как провоцирующий фактор запускает вначале общую неспецифическую реакцию адаптации. Наиболее часто встречаются три типа таких реакций:

- реакция со стороны выделительных органов – слюнотечение, потливость, тошнота, рвота, учащенное мочеиспускание, понос («медвежья болезнь»). Эти явления могут также возникать при волнении перед экзаменом, ответственным докладом и т. д.;

- температурная реакция. Повышение температуры часто наблюдается у детей в любой стрессовой ситуации (прорезывание зубов, сильный плач, переутомление). Температурная реакция характерна и для некоторых женщин, причем в длительной психотравмирующей ситуации может держаться субфебрилитет (37,0–37,5 °С);

- реакция со стороны сердечно-сосудистой системы в виде сердечных спазмов, повышения артериального давления, учащенного сердцебиения.

Клиническая картина органических неврозов

Для истерической личности характерны эгоцентризм, кажущаяся нарочитость, театральность поведения, демонстративность, большая (само-) внушаемость, неосознавание возможности извлечь какую-либо пользу из своего болезненного состояния. В речи на первом месте – желание во что бы то ни стало убедить собеседника в своей правоте, даже за счет лжи.

Клиническая картина включает:

I. Психические расстройства: истерические «сумерки» (синдром Ганзера), псевдодеменция, пуэрилизм, истерические фуги, амбулаторные автоматизмы; эмоционально-аффективные расстройства: фобии, ипохондрии; психогенные амнезии.

II. Моторные расстройства: припадки (классический большой истерический, моторная буря, дуга, клоунада), истерические параличи, парезы, кривошея, тризм, контрактуры суставов, косоглазие, профессиональные дискинезии (писчий спазм, спазм языка у музыкантов, мышц голени у балерин), астазия-абазия.

III. Сенсорные нарушения: парестезии, не соответствующие законам иннервации, истерические боли (цефалгия, артралгия, глоссалгия, цисталгия и т. д.), истерическая слепота, потеря обоняния, вкуса, цветоощущения.

IV. Вегетовисцеральные расстройства: «истерический ком» (спазмы гладкой мускулатуры глотки), чувство нехватки воздуха, дисфагия (нарушение проходимости пищевода), анорексия, икота, задержка мочеиспускания, парезы ЖКТ, запоры или поносы, метеоризм; лабильность пульса и АД, акроцианоз, бледность или гиперемия кожи, головокружения, обмороки, боли в области сердца; субфебрилитет; викарные кровотечения из неповрежденных участков кожи, дисменструации; половые нарушения, ложная беременность.

V. Речевые расстройства: истерическое заикание, афония (в отличие от органической афонии, кашель остается звучным), афазия, сурдомутизм (в отличие от кататонического мутизма, истерик стремится к пантомимическому и письменному контакту).

VI. Сложные (сочетанные) расстройства: одержимость, летаргия.

Важной с клинической точки зрения является классификация психосоматических расстройств, основанная на появлении доминирующих симптомов:

1. *Конверсионный симптом* – это символическое выражение невротического конфликта. Пример: истерические параличи, психогенная слепота или глухота, рвота, болевые ощущения. Все они – первичные психические феномены без тканевого участия организма, т.е. нет патологических нарушений в тканях и функциях органов.

2. *Функциональный психосоматический синдром* (неврозы органов или вегетативные неврозы) – это комплекс симптомов, который является неспецифическим следствием физиологического сопровождения эмоций. Чаще всего сопровождают неврозы. Есть нарушения в функциях органов. Пример: мигрень, вегето-сосудистая дистония.

3. *Органические психосоматические заболевания* (психосоматозы) – это первичная телесная реакция на конфликтные переживания. Само заболевание. Нарушения функций и патология тканей. “Чикагская семерка”: эссенциальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и 12 п.к., бронхиальная астма, неспецифический язвенный колит, нейродермит, ревматоидный артрит, гипертиреозидный синдром.

4. *Психосоматические расстройства*, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения. Склонность к травмам и др. виды саморазрушающего поведения: алкоголизм, табакокурение, наркомания и переедание с ожирением и др.

Факторы, способствующие развитию психосоматической патологии у различных возрастных групп.

Психическое здоровье – одна из важнейших составляющих общего здоровья.

Выделяют следующие критерии психического здоровья (по ВОЗ):

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;
- соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовать это;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

В современном понятии психического здоровья подчеркивается, что для него характерна индивидуальная динамическая совокупность психических свойств конкретного человека, которая позволяет последнему адекватно своему возрасту, полу, социальному положению познавать окружающую действительность, адаптироваться к ней, и выполнять свои биологические и социальные функции в соответствии с возникающими личными и общественными интересами, потребностями, общепринятой моралью.

Субъективно здоровье проявляется в чувстве оптимизма, соматического и психологического благополучия, радости жизни. Это субъективное состояние обусловлено следующими психологическими механизмами, обеспечивающими здоровье:

- 1) принятие ответственности за свою жизнь;
- 2) самопознание как анализ своих индивидуальных телесных и психологических особенностей;
- 3) самопонимание и принятие себя как синтез – процесс внутренней интеграции;
- 4) умение жить в настоящем;

5) осмысленность индивидуального бытия, как следствие – осознанно выстроенная иерархия ценностей;

6) способность к пониманию и принятию других;

7) доверие к процессу жизни – наряду с рациональными установками, ориентацией на успех и сознательным планированием своей жизни необходимо то душевное качество, которое Э. Эриксон называл базовым доверием, иными словами, это умение следовать естественному течению процесса жизни, где бы и в чем бы он ни проявлялся.

Выделяют восемь основных источников психосоматических заболеваний:

1. Внутренний конфликт частей личности, сознательного и бессознательного в человеке, единоборство между которыми приводит к разрушительной победе одной из них над другой.

2. Мотивация по типу условной выгоды, когда симптом несет условную выгоду для пациента. Например, избавление от мигрени может «открыть глаза» на многие проблемы, которые «мешает видеть» головная боль, и тогда пациент окажется перед необходимостью их решения.

3. Эффект внушения другим лицом. Известно, что если ребенку в детстве часто повторять, что он плохой и т.п., то очень часто дети начинают демонстрировать поведение, соответствующее внушенному, которое автоматически переходит во взрослую жизнь.

4. Элементы органической речи. Болезнь может быть физическим воплощением фразы. Например, слова «у меня сердце за него болит», «я от этого с ума схожу» могут превратиться в реальные симптомы.

5. Идентификация, попытка быть похожим на кого-то. Постоянно имитируя другого, человек как бы отстраняется от собственного тела.

6. Самонаказания. Если человек совершает неблагоприятный, по его мнению, поступок, он иногда бессознательно подвергает себя наказанию. Самонаказание – очень распространенная причина многих травм и соматических нарушений.

7. Травматический опыт прошлого. Как правило, это психические травмы раннего детства.

8. Алекситимия – это неспособность человека к эмоциональному резонансу. У таких людей затруднена способность воспринимать чувства и также сообщать о своих внутренних переживаниях.

Психосоматическим расстройствам подвержены, хотя и в разной степени, все возрастные группы популяции, включая детский и подростковый возраст.

В формировании психосоматических реакций у детей основное значение имеют патология беременности, травмы в родах, детская невропатия и неблагоприятные микросоциальные условия воспитания (неполная семья и др.).

В последние годы выявляется все больше данных, согласно которым профилактикой психосоматических расстройств у детей являются нормальные роды и адекватные условия воспитания в первые годы жизни.

Особое значение имеет материнская забота, лишение ее в раннем возрасте значимо как в плане формирования депрессии, так и психопатий.

Условия неадекватного домашнего воспитания (особенно если оно по своей направленности совпадает с таковым же школьным) могут способствовать формированию психопатических личностных особенностей и явиться неиссякаемым источником невротизации ребенка и подростка.

У детей психосоматическая патология выражается главным образом отдельными симптомами в виде разнообразных психосоматических реакций. Эти реакции порой неотличимы от невротических, обычно непродолжительны и исчезают при ликвидации психотравмирующей для ребенка ситуации.

Из всех психосоматических расстройств у детей чаще всего отмечаются функциональные расстройства пищеварительной системы (анорексия, тошнота, рвота, психогенные запоры и поносы и др.).

Среди перечисленных расстройств отмечается выраженное доминирование рвотной реакции, являющейся соматическим проявлением отчетливого отвращения к чему-либо. Рвота часто отмечается у детей при изменении стереотипа жизни: при первом посещении детского сада, школы и т. д. Реже отмечаются психосоматические реакции в виде невротического кашля, псевдоларингоспазма, энуреза и др.

В подростковом возрасте психосоматическая патология практически не отличается от соответствующих расстройств у взрослых, здесь преобладают проявления эндокринных пертурбаций, а в возрасте обратного развития – нажитые сосудисто-органические поражения.

Классификация причин психосоматических заболеваний

- внешние по отношению к организму – экзогенные (инфекции, интоксикации, травматические повреждения мозга, церебральные опухоли, психогении, соматогении).

- внутренние – эндогенные (причины связаны с наследственностью, конституциональными особенностями человека, возрастными сдвигами).

Факторы возникновения психосоматических заболеваний:

- возрастной фактор;
- сезонный фактор;
- профессиональный фактор;

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется:

1) неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;

- 2) наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;
- 3) нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);
- 4) личностными особенностями;
- 5) психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
- 6) фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
- 7) особенностями психотравмирующих событий.

ВАЖНО! *Развитие патологического процесса зависит от индивидуальных особенностей организма*

Влияние соматического состояния на психику может быть как саногенным, так и патогенным. Под последним подразумеваются нарушения психической деятельности в условиях соматической болезни.

Существуют два вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: соматогенный (вследствие интоксикации, гипоксии и других воздействий на центральную нервную систему) и психогенный, связанный с психологической реакцией личности на заболевание и его возможные последствия. Соматогенный и психогенный компоненты представлены во влиянии на психическую сферу в различных соотношениях в зависимости от нозологии болезни. Так, например, особенно большую роль играют соматогенные влияния в генезе психических нарушений при заболеваниях почек, при врожденных пороках сердца.

У больных с хронической почечной недостаточностью (N18) отмечают явления интоксикации. На фоне интоксикации развивается астения. Вследствие нарастающей астении возникают изменения, прежде всего, в структуре таких познавательных процессов, как память и внимание – предпосылок интеллекта. Происходит сужение объема внимания, нарушение процессов запечатления и хранения информации. По мере нарастания астении к нарушениям процессов внимания и памяти присоединяются и другие изменения интеллектуальной сферы: снижается уровень аналитико-синтетической деятельности мышления с преобладанием наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим. Мыслительная деятельность начинает носить черты конкретности и ситуативности. Постепенно формируется интеллектуальная недостаточность, снижается продуктивность мышления. Изменения в познавательной сфере больных с хронической почечной недостаточностью неразрывно связаны с изменениями эмоциональности. В структуре астении наблюдается раздражительность со снижением контроля над эмоциональными реакциями. Депрессия является психологической реакцией на осознание и переживание больным формирующейся интеллектуаль-

ной несостоятельности (в особенности на поздних этапах заболевания). Могут развиваться тревожные и ипохондрические черты.

Вынужденный отказ от привычной профессиональной деятельности, необходимость в смене профессии из-за заболевания или переход на инвалидность, превращение в объект семейной опеки, изоляция от привычного социального окружения (вследствие длительного стационарного лечения) – все это в значительной степени влияет на личность больного, у которого появляются черты эгоцентризма, повышенной требовательности, обидчивости.

Тяжелое хроническое соматическое заболевание существенно изменяет всю социальную ситуацию развития человека. Оно изменяет его возможности в осуществлении различных видов деятельности, ведет к ограничению круга контактов с окружающими людьми, приводит к смене места, занимаемого им в жизни. В связи с этим наблюдается снижение волевой активности, ограничение круга интересов, вялость, апатичность, нарушения целенаправленной деятельности с падением работоспособности, обеднением и оскудением всего психического облика.

Николаева отмечает еще один важный механизм соотношений между психическим и соматическим уровнями функционирования человека – механизм «замкнутого круга». Он заключается в том, что нарушение, возникающее первоначально в соматической сфере, вызывает психопатологические реакции, дезорганизующие личность, а они, в свою очередь, являются причиной дальнейших соматических нарушений. Так, по «замкнутому кругу», развертывается целостная картина заболевания.

Особое место в соматопсихическом направлении занимает проблема отношения к своему расстройству или дефекту у детей-инвалидов. В настоящее время концепция инвалидности опирается на культурно-историческую теорию развития психики, что качественно изменило стереотипные представления о закономерностях и механизмах функционирования телесного «Я». Тело всегда наделено не только личностным, но и культурным смыслом и значением, оно выступает центральным компонентом личностной идентичности и одним из основных способов проявления личностных качеств и характеристик в социальном взаимодействии и общении.

В культурном пространстве существуют идеальные образцы мужского или женского тела, по отношению к которым общество определяет «патологические» и «неестественные» тела. Поэтому дети с телесными дефектами, выступающими внешними знаками определенных соматических расстройств (например, ДЦП, полиомиелит и т.п.) чувствуют себя «неправильными», «инакими» и подвергаются со стороны окружающих людей стигматизации. Стигматизация – это процесс приписывания отрицательных черт или выделение из общества посредством дис-

криминации из-за наличия у человека признака какого-либо расстройства или из-за отклонения от социальных норм. Стигматизации подвергаются как раз такие телесные черты, которые не соответствуют культурным стандартам тела.

Стигматизированные дети-инвалиды исключаются из социального пространства здоровых детей, т. е. маргинализируются. Психологическим механизмом маргинализации является страх здоровых детей и их родителей перед «нетипичным» дефектным телом, не соответствующим социальным ожиданиям и доминирующим идеалам. Встреча с телесным дефектом напоминает здоровым людям об угрозе собственному телесному благополучию, актуализирует перенос возможных вследствие болезни проблем с больного ребенка на здорового. Во многом страх, сопровождающий такую встречу, связан с распространенными социальными представлениями о дефекте как признаке слабости, пассивности, зависимости.

Вследствие маргинализации и стигматизации у детей-инвалидов часто развивается чувство неполноценности, оказывающее влияние на весь жизненный путь личности. Иногда наличие дефекта как внешнего проявления соматического расстройства может стать причиной невротических и личностных расстройств, которые вполне вписываются в психодинамическую концепцию конверсионных и психосоматических расстройств.

Изменения в когнитивной и эмоциональной сфере являются наиболее характерными для детей-инвалидов. В структуре их личности четко прослеживается фобический компонент. Страхи могут быть вполне обоснованными, однако в значительной мере они преувеличенные и внушенные, имеют парадоксальное содержание: одновременно отражают актуальное и возможное состояния ребенка. Так, ребенок может страдать от дефицита общения, испытывать страх одиночества и одновременно бояться предстоящих встреч с другими людьми. Среди детей-инвалидов нередок страх выздоровления в связи с возможной, по их мнению, утратой любви и повышенного со стороны значимого окружения, а также из-за необходимости возвращения к обычной жизни в школе, к которой они чувствуют себя не готовыми. Ощущение острого дефицита знаний, умений, навыков, необходимых для жизни в обществе, осознание ограниченности своих физических возможностей и юридических прав в связи со статусом инвалида нередко приводит к фиксации на мыслях о бессмысленности дальнейшего существования.

Проблема несоответствия телесного «Я» идеальным стандартам особенно остро переживается в 5-7-летнем и подростковом возрастах. Начиная с 6-7 лет, на первое место выходят переживания по поводу социальной заброшенности, незащищенности, общественного пренебрежения.

Инвалидность ребенка часто заставляет родителей следовать гиперопеке в ущерб другим воспитательным стратегиям, что только способствует

психосоциальной дезадаптации детей-инвалидов и еще больше инвалидизирует их, поскольку тактика гиперопеки формирует у детей состояние «выученной беспомощности» и чувство низкой «самоэффективности».

«Выученная беспомощность» (М. Селигман) – в общих чертах сводится к тому, что ребенок-инвалид, который в условиях гиперопеки часто сталкивается с ограничениями собственного контроля в различных жизненных ситуациях, перестает стараться влиять на результат своих усилий не только в этих конкретных ситуациях, но также и в тех новых ситуациях, в которых он может обходиться без посторонней помощи. У детей-инвалидов, воспитывающихся по типу гиперопеки, формируется три вида личностного дефицита: мотивационный, когнитивный и эмоциональный. Сначала у ребенка-инвалида редуцируется мотив пытаться справиться с возникающими трудностями, поскольку ситуация всегда контролируется родителями или педагогами. Редуцированный мотив преодоления трудностей приводит к снижению когнитивных способностей оценки жизненных ситуаций, что делает ребенка-инвалида беспомощным в непривычной среде обитания, в которой нет родительского или педагогического контроля. Осознание своей навязанной (родителями и педагогами) ограниченности в способностях самостоятельно совершать даже посильные поступки приводит к развитию сниженного эмоционального фона настроения и даже депрессии.

Понятие «самоэффективности» (А. Бандура) означает убежденность человека в своей способности мобилизовать мотивацию, когнитивные и поведенческие возможности, чтобы соответствовать требованиям жизненных ситуаций. Чувство самоэффективности связано не с имеющимися у ребенка умениями и навыками, а с его представлениями о том, чего он сможет добиться при наличии доступных для него умений. Даже если у ребенка сформированы доступные, адекватные его состоянию и необходимые для самостоятельной жизни навыки и умения, главной детерминантой их практического использования будет именно представление об ожидаемой эффективности их применения: сколько сил будет затрачено на решение проблемы, как долго удастся выдерживать напряжение в стрессовой ситуации. В условиях гиперопеки эти представления не формируются, поскольку обучение навыкам и умениям носит «тепличный» характер, не соответствующий характеристикам реальных ситуаций, в которых оказывается ребенок-инвалид (в реальных ситуациях проблемы за него стремятся разрешать именно родители или педагоги).

Выделяют четыре фактора, влияющие на формирование чувства самоэффективности:

- достигнутые результаты (успех в прошлом дает высокие ожидания результативности текущих действий, тогда как прошлые неудачи снижают эти ожидания);

- косвенные переживания (впечатления от успеха или неудачи других детей);
- словесное убеждение (самоэффективность повышается, когда авторитетное лицо – родитель или педагог – убедительно говорят о том, что ребенок в состоянии справиться с ситуацией);
- эмоциональная активация (чувство тревоги и напряжения снижает ощущение самоэффективности).

Инвалиды с низкой самоэффективностью в большей мере склонны к преувеличению трудностей и чаще демонстрируют неумение их преодолевать. Ощущение низкой самоэффективности также способно провоцировать развитие депрессии или ее усиление.

С состоянием выученной беспомощности и чувством самоэффективности связаны и такие личностные черты, как локус контроля и воспринимаемая управляемость.

Локус контроля – это представление ребенка-инвалида о том, где осуществляется контроль над значимыми событиями в его жизни: внутри него самого или во внешней среде. В зависимости от воспитания и отношения к ребенку-инвалиду у него может формироваться внутренний или внешний локус контроля. В условиях гиперопеки как основного стиля взаимодействия с инвалидом последний связывает успешность своих действий только с действиями других людей, поэтому он реже будет стремиться самостоятельно преодолевать трудности, а значит, у него не будет достаточного опыта для развития чувства самоэффективности. Для развития внутреннего локуса контроля со стороны родителей и педагогов необходимо использовать значимые для ребенка-инвалида подкрепления его самостоятельной активности: например, таким подкреплением может быть достижение значимой для ребенка цели. При этом важно иметь в виду, что развитие внутреннего локуса контроля совсем не обязательно должно быть связано с неперменной реализацией всех намеченных ребенком действий, чтобы он мог трезво оценивать свои физические возможности и способности и тем самым сформировать адекватные представления о собственной самоэффективности.

Выученная беспомощность, самоэффективность и локус контроля вместе составляют такую интегральную личностную характеристику ребенка-инвалида как воспринимаемая управляемость. Воспринимаемая управляемость – это общее представление человека о своей способности управлять процессом собственной жизни. Психологически комфортное состояние ребенка-инвалида (т. е. отсутствие у него утомления, тревоги, депрессии, а также субъективное чувство физического благополучия) зависит от того, насколько предъявляемые к нему требования сочетаются с простором для принятия решений или возможностью быть самостоятельным.

У детей перечисленные особенности состояния инвалидности значительно более выражены, чем у взрослых, поскольку у них еще не до конца сформированы волевой и мотивационный компоненты личности. Следовательно, целенаправленная работа психолога с родителями и педагогами, взаимодействующими с детьми-инвалидами, особенно консультирование по воспитательным стратегиям, приобретает особенное значение.

Важным фактором, определяющим специфику отношения к собственной инвалидности у ребенка, является социальная поддержка. Социальная поддержка включает в себя создание для ребенка-инвалида широкой, стабильной сети социальных контактов, которая характеризуется совместным проживанием и проведением досуга с другими детьми и взрослыми, наличием друзей, членством в клубах и общественных объединениях. В зависимости от целей, социальная поддержка может быть разнородной и включать как сообщество только детей-инвалидов, так и смешанные сообщества детей-инвалидов и здоровых детей. Эмоциональная поддержка, как правило, более эффективна в гомогенных группах детей-инвалидов, имеющих сходный дефект, тогда как повышение уровня социальной адаптации более эффективно в гетерогенных группах. Однако мало просто поместить ребенка-инвалида в группу здоровых детей. Без соответствующей психосоциальной работы со здоровыми детьми и взрослыми, направленной на развитие у них толерантности к «иным» другим людям, контакты с ними ребенка-инвалида могут дать обратный эффект: вместо социальной поддержки вызвать глубокое разочарование.

Т. Гершик и А. Миллер выделяют у инвалидов две возможные стратегии личностного реагирования на телесный дефект: переосмысление, уверенность и отказ.

Переосмысление предполагает осознание ребенком невозможности соответствовать идеальному образу тела и создание индивидуальной интерпретации своих телесных характеристик. Ребенок-инвалид выбирает из культурного идеала тела только те характеристики, которые соответствуют его актуальным возможностям, и тем самым создает личный идеальный конструкт, рассматривая его как один из возможных вариантов доминирующего идеального типа.

Уверенность заключается в слепом следовании культурному образцу телесности без учета реальных возможностей ребенка-инвалида. Такие дети находятся в постоянном конфликте с самими собой. Ориентируясь на недостижимые телесные стандарты, они надеются добиться признания себя другими людьми не в качестве инвалида, а в качестве «такого же, как и все». При этом они всегда наталкиваются на еще большее подчеркивание своей «инакости» и неспособности соответствовать общепринятому идеалу. Как результат, у них развивается двойная идентичность: «фасадная» (для других) и «внутренняя», которые находятся

в антагонистическом конфликте друг с другом. У таких детей вырабатывается очень жесткая установка на обязательное соответствие идеалу по принципу «всегда и везде», без учета реальных возможностей и ситуации. Психосоциальная адаптация детей с такими реакциями осложняется тем, что в нашем обществе из-за социальных запретов, стереотипов и практики сегрегации (разделения институтов социализации, проведения досуга и т. п. для детей-инвалидов и не-инвалидов) ребенку-инвалиду практически невозможно на практике реализовать телесные стандарты, на которые ориентируются здоровые люди.

Отказ от следования доминирующему культурному образцу телесности выражается в стремлении сконструировать свой собственный идеал тела, ограничив круг общения только теми людьми, которые этот идеал разделяют вместе с ребенком-инвалидом. Они начинают считать доминирующий в культуре идеал как «неправильный», непригодный для практических жизненных целей; они обесценивают те телесные характеристики, которые считают ценными и важными здоровые дети, или даже вообще отрицают ценность тела в межличностных отношениях и в конструировании собственной идентичности: «важен человек, а не какое у него тело». По сути реакции отказа отражают сопротивление негативному образу инвалидности, который имеется у здорового окружения ребенка. Это реакции протеста против навязчивого милосердия, жалости и благотворительности, которые не столько помогают ребенку-инвалиду (как это представляют себе здоровые люди – педагоги, родители, психологи), сколько подчеркивают невозможность его принятия в широкий социальный контекст общения по причине наличия дефекта и формируют состояние «выученной беспомощности», особенно в плане развития инициативности и в принятии решений о своей судьбе.

Вместе с тем, остаются актуальными частые проявления невротических реакций, встречающиеся у людей, которые в медицинской и психологической практике относятся к группе «условно здоровых». Наиболее распространенные среди функциональных нарушений нервной системы остаются депрессивные состояния.

1.3. Депрессии

Соматизированные (маскированные) депрессии

Депрессии, в клинической картине которых на первый план выступают соматические симптомы, а психопатологические проявления остаются в тени, то есть депрессивный аффект скрывается за разнообразными телесными ощущениями.

Такие депрессии называют соматизированными, поскольку их клиника исчерпывается расстройствами, обычно характерными для сома-

тических заболеваний, и маскированными, так как собственно депрессивного настроения как такового почти незаметно: оно как бы прячется за проявлениями соматических заболеваний. Несмотря на широкое признание, термин «маскированная депрессия» представляется довольно неопределенным, поскольку обозначение этих состояний, как «депрессия» не совсем адекватно

Клиническое проявление депрессии

- подавленное настроение,
- утрата интересов,
- снижение самооценки,
- идея виновности и уничтожения,
- соматический («витальный», «биологический», «эндогенноморфный») синдром (нарушения сна (пробуждение по утрам за 2 ч или более до обычного времени), утрата аппетита, потеря массы тела (5% в течение последнего месяца), выраженное снижение либидо.

Соматические симптомы могут присутствовать в клинической картине депрессий различной степени тяжести, а в отдельных случаях являются основным диагностическим критерием.

Возрастная зависимость соматизированной депрессии

Чаще всего возникает в детском и пожилом возрасте (частыми жалобами больных являются неприятные соматические ощущения, боли в области сердца, а у детей младшего возраста – боли в животе).

Основные причины проявления депрессий у детей

- следствие нарушенных внутрисемейных взаимоотношений в системах мать–дитя и отец–дитя;
- = результат перегрузки в школе.

На основании этого выделяются основные клинические признаки детской депрессии: апатия, равнодушие или некоторый негативизм, анорексия, слезливость и стремление быть тихим и незаметным

Влияние пола на возникновение депрессий

Соматизированные депрессии чаще выявляются у женщин. В отдельных исследованиях указывается на преобладание мужчин (соответственно 9,3 и 6,9%).

Зависимость депрессии от особенностей личности больного

Преморбидный склад личности.

При анализе преморбидных особенностей характера больных с маскированной и типичной депрессией обнаружено, что больные с маскированной депрессией до заболевания отличались меньшей тревожностью, возбудимостью, чем больные с типичной депрессией. Первые меньше фиксировались на своем здоровье, чем последние.

Личность больных с маскированной депрессией характеризуется как стеничная, педантичная, непреклонная в своих взглядах, требовательная; некоторые авторы указывают на истероидный склад характера.

1.3.1. Болевой синдром

Определяющая роль в формировании болевого симптомокомплекса принадлежит аффективным (депрессивным и тревожным) нарушениям. Вместе с тем дополнительными патогенными факторами могут служить соматически и органически измененная «почва», обусловленный спецификой профессиональной деятельности «мышечный стресс», особые неблагоприятные обстоятельства.

Виды патологических ощущений:

- ощущения онемения, покалывания, ползания мурашек и т. п., обусловленные внешним раздражителем;

- боли без реальных оснований, нередко множественные;

- боли отличающиеся более причудливым и своеобразным характером. Например, головные боли здесь уже жгучие, стреляющие, пронизывающие, колющие, иногда распирающие.

- возникающие спонтанно и крайне тягостные ощущения, не соответствующие по локализации конкретным анатомическим образованиям. Для этих болей характерны новизна и разнообразие ощущений; больные затрудняются точно описать их (как будто стягивание, жжение, переливание и т. п.);

- ощущения неясного тотального физического неблагополучия или недомогания со своеобразными, с трудом поддающимися описанию нарушениями моторной сферы (неожиданная физическая слабость, покачивание и неуверенность при ходьбе, тяжесть или, наоборот, легкость и пустота в теле).

Варианты депрессий

По признаку доминирующих феноменов, которые чаще бывают изолированными, выделяют и варианты маскированных депрессий (по А. Б. Смулевичу):

I. «Маски» в форме психопатологических расстройств:

– тревожно-фобические (генерализованное тревожное расстройство, панические атаки, агорафобия);

– обсессивно-компульсивные (навязчивости);

– ипохондрические;

– неврастенические.

II. «Маски» в форме нарушения биологического ритма:

– бессонница;

– гиперсомния.

III. «Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств:

- синдром вегетососудистой дистонии, головокружение;
- функциональные нарушения внутренних органов;
- нейродермит, кожный зуд;
- анорексия, булимия;
- импотенция, нарушения менструального цикла.

IV. «Маски» в форме алгий:

- цефалгии;
- кардиалгии;
- абдоминалгии;
- фибромиалгии;
- невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит);
- спондилоалгии.

V. «Маски» в форме патохарактерологических расстройств:

- расстройства влечений (дипсомания, наркомания, токсикомания);
- антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, вспышки агрессии);
- истерические реакции (обидчивость, плаксивость, склонность к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание к своим недомоганиям, принятие роли больного).

Вегетосоматические нарушения при депрессиях могут проявляться в виде вегетососудистой дистонии и кризов.

При дистонии вегетативные расстройства бывают в виде симпатикотонии – учащения пульса, повышения артериального давления, сухости во рту, зябкости конечностей, либо ваготонии (замедление пульса, понижение артериального давления, повышенная саливация, усиление перистальтики кишечника, покраснение кожи, красный дермографизм).

Иногда явления симпатикотонии и ваготонии сочетаются. На фоне дистонии могут наблюдаться вегетативные кризы, обычно связанные с эмоциональным состоянием.

1.3.2. Головная боль

Серотонин – вещество мозга, напрямую связанное с головной болью. Он действует как химический посредник и влияет на сон, настроение и расширение кровеносных сосудов. Если его запасы истощаются, может начаться мигрень. Иногда количество серотонина само по себе не является проблемой; чаще определенные ферменты разрушают серотонин и понижают его уровень. Или рецепторы, которые обычно присоединяют и высвобождают серотонин, могут иметь дефекты и не высвобождают достаточного количества серотонина в кровь.

Типы головных болей

I. Головная боль напряжения является самой распространенной. Ее вызывает напряжение мышц головы и шеи. Головная боль напряжения ощущается как генерализованная тупая боль или как будто голова зажата в тиски, а не как пульсирующая боль. Она не связана ни с какими скрытыми болезнями. Головные боли напряжения могут быть или острыми (эпизодическими), или хроническими (периодически повторяющимися). Острые головные боли напряжения могут вызываться недавним стрессом или переутомлением. Хронические же могут быть результатом глубоко укоренившейся депрессии или других психологических проблем.

II. Гипертонические головные боли обнаруживаются у людей с высоким кровяным давлением. Они обычно сильнее всего по утрам и затихают в течение дня. Боль сжимающая, или генерализованная, иногда вызывает ощущение «плотной повязки» на голове.

III. Мигренозный тип головной боли.

Мигрень – васкулярная головная боль (то есть связанная с расширением кровеносных сосудов). Симптомы мигрени не ограничиваются болью в голове, ее приступы могут включать также тошноту, рвоту, головокружение, онемение и зрительные расстройства. Мигренозные головные боли поражают только одну сторону или одно специфическое место головы, например глаз или висок. Никто до конца не понимает причины мигрени, однако это широко распространенное заболевание; женщины составляют 75% страдающих мигренью. Предрасположенность к мигрени, по-видимому, передается по наследству – подавляющее большинство страдающих мигренью имеют родственников, тоже мучающихся от нее.

IV. Кластерные головные боли обычно поражают мужчин, которые составляют 90% страдающих.

Боль чрезвычайно мучительна. Большинство жертв кластерной головной боли – курильщики. Подобно мигрени, кластерные головные боли локализованы и имеют тенденцию поражать только одну часть головы. Они могут ограничиваться, например, только областью глаза. Интенсивность и характер боли, однако отличаются от боли при мигрени – она бывает жгучей, сверлящей или мучительной, пульсирующей. Закладывает нос или появляется насморк, затрагивающий только одну ноздрю. Один глаз наливается кровью и слезится. Кластерные головные боли могут продолжаться на протяжении 20 мин, но возобновляться несколько раз в сутки, и так день за днем – неделями. Боль может внезапно исчезнуть и не появляться очень долго, а вернуться лишь спустя несколько месяцев или даже лет. Нет никаких предвестников, предупреждающих человека о приближающемся приступе кластерной головной боли.

V. Менструальная головная боль похожа на мигрень. Она случается в начале, во время или после овуляции и исчезает по мере продолжения или по окончании менструального периода. Регулярное ежемесячное появление является самым важным диагностическим признаком менструальной головной боли.

VI. Нагрузочный тип головной боли. Головная боль усиливается после некоторых видов физических нагрузок, включая секс. У некоторых людей кашель или смех также могут вызывать головную боль усиления. Около 10% мучающихся ею на самом деле страдают от скрытой физической болезни, например опухоли или аневризмы, и должны немедленно обратиться к врачу.

VII. Оклюзионный тип головной боли. Синусные головные боли вызываются закупоркой околоносовой пазухи, ставшей неспособной к дренированию вследствие инфекции.

VIII. Воспалительный тип головной боли. Височный артериит поражает главным образом людей около пятидесяти лет и старше и вызывается воспалительным процессом в артериях головы и шеи. Боль ощущается как жгучая или пронзающая. Височный артериит – редкая, но потенциально опасная болезнь, которая может привести к параличу или слепоте. Она требует незамедлительного лечения.

IX. Суставной тип головных болей. Головная боль синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава развивается при возникновении патологии этого сустава. Причиной болей могут быть неровная линия зубного ряда, неправильный прикус или зубное трение. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава может вызывать различные симптомы и боли. Головные боли – одни из самых распространенных среди них.

X. Сосудистый тип головной боли. Головная боль с похмелья связана с употреблением алкоголя, расширяющим кровеносные сосуды мозга и окружающих тканей. Пульсирующая боль имеет сходство с болью мигрени. Головные боли с похмелья часто сопровождаются чувством тошноты.

XI. Кофеинзависимый тип головной боли. Кофеин – вещество, находящееся во многих продуктах и напитках, – сужает кровеносные сосуды. Многие люди, не выпив утром своей обычной чашки кофе или других напитков, содержащих кофеин, страдают затем от головной боли, вызванной привыканием к кофеину. Ее причиной является эффект бумеранга, действующий на кровеносные сосуды, которые расширяются в ответ на нехватку кофеина. Это расширение и вызывает головную боль.

XII. Неопластический тип головной боли. Хотя почти каждый, страдающий от головной боли, немедленно начинает подозревать опухоль мозга, на самом деле это бывает редко. Только у 0,1–0,5% пациентов, жалующихся на головные боли, обнаруживаются скрытые опухоли мозга. Симптомы головной боли при опухоли мозга включают усиливаю-

щуюся со временем боль, часто сочетающуюся с рвотой «фонтаном», нарушениями речи и зрения, проблемами координации и равновесия, припадками.

XIII. Другие типы головных болей, которые поражают людей, связаны с травмами, голодом, лихорадкой, артритом и астенопией (быстрой утомляемостью глаз). Травматическая головная боль (вызываемая ударом по голове) может казаться похожей на мигрень, но она стойко держится ежедневно и плохо поддается лечению. Голодные головные боли приурочены ко времени обычного приема пищи, когда уровень сахара в крови понижается и в ответ происходит расширение кровеносных сосудов головы. Артрит может быть причиной головной боли вследствие воспаления суставов и мышц головы или шеи. Боль усиливается при движении. Астенопическая головная боль обычно бывает тупой или ломящей, локализуется в передней части головы и связана с проблемами зрения, например астигматизмом.

1.3.3. Психогенная анорексия

Анорексия – отсутствие аппетита при наличии физиологической потребности в питании.

Это обычный симптом нарушений в желудочно-кишечном тракте или эндокринной системе. Также она типична при сильных психических нарушениях. Этот симптом наблюдается при беспокойстве, хронических болях, плохой гигиене ротовой полости, повышении температуры тела из-за жары или лихорадки, смене вкусов, часто сопровождающих взросление или старение.

Анорексия может стать последствием приема некоторых лекарств или злоупотребления ими.

Кратковременная анорексия практически не угрожает здоровью пациента. Однако при длительной анорексии снижается сопротивляемость организма и повышается восприимчивость к различным заболеваниям. Хроническая анорексия может вылиться в опасное для жизни истощение. У детей раннего возраста анорексия развивается чаще при насильственном кормлении, нарушении правил прикорма.

Это патологическое состояние, проявляющееся в сознательном ограничении пищи в целях похудения. Возникает у подростков 15 лет и старше, чаще у девушек. Появляется навязчивое представление об избыточной полноте и необходимости похудеть. Для достижения этой цели больные ограничивают себя в еде вплоть до полного отказа от пищи, применяют интенсивные физические упражнения, ходьбу или бег на длинные дистанции, принимают большие дозы слабительных и мочегонных средств. При невозможности вынести длительное голодание больные едят и даже объедаются, но вызывают искусственную рвоту. Вна-

чале аппетит не нарушается, временами появляется чувство голода, в связи с чем возникают эпизоды периодического переедания.

Быстро падает вес, появляются психические расстройства; колебания настроения от «плохого к хорошему» (из крайности в крайность), навязчивое стремление рассматривать себя в зеркале и т. д.

Нервная анорексия очень тесно связана с другой патологией – дисморфоманией (это расстройство более глубокое, психотического уровня, когда болезненная убежденность в наличии воображаемого физического недостатка приобретает сверхценный или бредовой характер, т.е. не поддается коррекции и сопровождается отсутствием критики со стороны больного).

Болезненное убеждение в излишней полноте приводит больных к мысли избавиться от этого недостатка. Это убеждение может возникать на реальной почве, то есть при наличии определенного избыточного веса; как правило, оно бывает психогенного характера (обидные замечания в адрес больной: «толстая, как бочка», «жирная», «есть надо меньше» и т. п.).

В других случаях полнота является мнимой, и мысль о похудании носит сверхценный или бредовой характер, а само состояние является начальным этапом в развитии шизофрении. Поначалу больные очень тщательно скрывают от родителей как мотивы своего поведения, так и способы похудения.

Особенности личности больных анорексией

- Преморбидные особенности личности больных нервной анорексией довольно типичны и могут быть разделены на 2 группы. В одних случаях преобладают истерические черты с эгоцентризмом, повышенной самооценкой, высоким уровнем притязаний. В других, более распространенных случаях характерны психастенические черты: тревожность, неуверенность в себе, склонность к сомнениям, стеснительность. Общими являются пунктуальность, аккуратность, упрямство, неспособность к самостоятельному принятию решений, психический инфантилизм, чрезмерная привязанность к матери.

- Большинство больных в детстве отличались повышенным весом, что служило поводом к насмешкам со стороны сверстников. Только в подростковом возрасте, в период осознания собственных дефектов, повышенного интереса к своей внешности начали появляться мысли о своей неполноценности, часто снижалось настроение, периодически возникали мысли о необходимости исправить фигуру. У больных возникает убежденность в наличии физического недостатка, носящая характер сверхценной идеи. Иногда эта убежденность носит навязчивый характер. Этот период относится к ситуационно обусловленному, но постепенно психотравмирующая ситуация становится более значимой, появляются попытки ограничения себя в еде, вначале эпизодические.

- Возникают дисморфии (мысли об избыточном весе, полноте), идеи отношения, связанные с тем, что их полнота вызывает насмешки или недовольство окружающих. Свои неудачи в личной и общественной жизни больные связывают именно с этим недостатком. Второй этап – период активной коррекции излишней полноты, который и является собственно аноректическим.

1.3.4 Булимия

Булимия (обжорство) – это прямо противоположная болезнь, которая, как и нервная анорексия, относится к разряду пищевых расстройств, входящих в синдром депрессии. Пациенты с пищевыми расстройствами могут впадать из одной крайности в другую, то есть страдать то нервной анорексией, то булимией.

Причины булимии

Психологическая «пустота» является общим признаком всех этих расстройств. Одна из причин чувства пустоты – одиночество. Любые отношения рано или поздно заканчиваются, не существует пожизненной гарантии. Разлука – это особое переживание, через которое проходят все, которое заставляет задуматься о смысле жизни и смерти. Женщина, утратившая близкого человека сейчас или когда-то в прошлом, остро переживает это расставание и пытается «заесть» свои слезы, набить эту пустоту чем-то вкусным и приятным. Видимо, поэтому известный психотерапевт Ирвин Ялом назвал булимию «оргазмом в холодильнике». Булимия – это нарушение питания, характеризующееся чередованием периодов переедания (в это время люди, страдающие булимией, могут съесть большое количество пищи сразу – килограмм мороженого, пакет картофельных чипсов, сыра, крекеров, печенья, леденцов, выпить литр содовой воды и т. д.), вызванных резко усиливающимся чувством голода, и приступов самоиндуцированной рвоты.

Симптомы булимии

Пациенты, страдающие булимией (обычно это молодые женщины), часто скрывают свое заболевание от семьи и друзей. Одним из наиболее характерных проявлений булимии являются эрозии в полости рта, расположенные на небной стороне верхних передних зубов и образующиеся в результате воздействия желудочных кислот, попадающих в полость рта во время рвоты. Эти эрозии могут быть обнаружены на протяжении от нескольких дней до нескольких недель после первого рвотного эпизода.

Другим важным симптомом является изъязвление в углах рта, причиной которого также является воздействие желудочных кислот во вре-

мя рвоты. Поэтому именно стоматологи часто играют важную роль в обнаружении этого заболевания. Когда диагноз установлен, «тайна» пациента раскрыта и он знает, какие последствия для его зубов и здоровья в целом могут иметь подобные пищевые нарушения, то это, как правило, служит серьезным мотивом для обращения к врачу. Кроме того, если нет гарантии в том, что пищевое поведение пациента не будет изменено и рвотные эпизоды не будут повторяться, любое лечение (восстановление композитами, изготовление коронок или защитных покрытий для поврежденных зубов) будет неэффективно. И, если периоды рвоты не прекратятся, пациент может потерять все зубы.

Наиболее эффективным подходом к лечению булимии является комплексный, основанный на сотрудничестве стоматолога и врача общего профиля. Поскольку самостоятельно справиться с пищевым расстройством крайне сложно, необходима помощь психотерапевта.

Литература:

1. Андросенко М.Э. Лекции по общей психологии для студентов психологического факультета МПСИ. – М., 2005-2006 гг.
2. Безруких М.М., Фарбер Д. А. Возрастная физиология: Физиология развития ребенка. – М.: Академия, 2003.
3. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания. Справочник. – М., 2003.
4. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология. – СПб.: Питер, 2003.
5. Каменская В.Г. Детская психология с элементами психофизиологии. – М., 2005.
6. Маклаков А.Г. Общая психология. – СПб, 2003.
7. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005.
8. Мозг и разум. Под ред. Н.П. Бехтеревой. – М.: Наука, 1994.
9. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. Основы клинической психологии. – Р-н-Д, 2003,
10. Психофизиология: Учебник для вузов / Под ред. Ю.И. Александрова. – СПб.: Питер, 2001.

ГЛАВА 2. СТРЕСС КАК ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Понятие стресса первоначально возникло в физиологии для обозначения неспецифической генерализованной реакции организма – “общего адаптационного синдрома” (Г. Селье, 1936 г.) – в ответ на любое неблагоприятное воздействие. Содержание этой реакции описывалось прежде всего со стороны типичных нейрогуморальных сдвигов, обеспечивающих защитную энергетическую мобилизацию организма. Позднее понятие стресса было расширено и стало использоваться для характеристики особенностей состояний индивида в экстремальных условиях на физиологическом, психологическом и поведенческом уровнях.

Для понимания природы этих состояний особое значение имеет характеристика стресса со стороны вызывающих его экстремальных факторов, или стрессоров. При этом экстремальными считаются не только явно вредные воздействия, но и “предельные, крайние значения тех элементов ситуации, которые в средних своих значениях служат оптимальным рабочим фоном или, по крайней мере, не ощущаются как источники дискомфорта”.

В настоящее время считается, что стресс – это реакция организма на перенапряжение, тревогу и ежедневную суету. Когда нагрузки становятся чрезмерными, ухудшается самочувствие, появляются другие симптомы.

Слово «стресс» определяет состояние организма, при котором он пытается адаптироваться к сложным условиям жизни. Когда человек подвергается чрезмерному физическому или психическому напряжению, его организм сначала пытается защититься. Но потом приспосабливается, и реакция на повышенное напряжение становится оптимальной. Такое состояние называется положительным стрессом. Он необходим для нормального психического развития человека и адаптации к окружающей среде. Но часто организм не способен справиться с умственными или физическими перегрузками. В таком состоянии любое дополнительное напряжение может нарушить нормальное состояние человека и вызвать болезнь.

Пытаясь справиться со стрессом, мозг стимулирует выделение адреналина. Это химическое вещество поступает в почки, начинается процесс, при котором накопленный гликоген превращается в глюкозу, тем самым усиливая кровоток. Кровяное давление повышается, дыхание учащается (чтобы активизировать поступление кислорода в кровь), что нарушает процесс пищеварения. Когда в организме такой химический

процесс регулярно повторяется, явление становится хроническим. В таком состоянии малейшее раздражение, даже легкое возбуждение, может вызвать чрезмерную реакцию, которая изнуряет организм. Стресс – это не болезнь, а защитный механизм, но если такая защита превращается в хроническую, то человек становится уязвимым для болезней.

Анализ процесса реагирования

Одним из наиболее интересных аспектов изучения стресса является анализ процесса реагирования на экстремальное воздействие. Его принципиальный механизм отражен в описанной Г. Селье последовательности основных этапов развития общего адаптационного синдрома. Им выделены начальная стадия “тревоги”, следующая непосредственно за экстремальным воздействием и выражающаяся в резком падении сопротивляемости организма; стадия “сопротивления”, характеризующаяся актуализацией адаптационных возможностей; стадия “истощения”, которой соответствует стойкое снижение резервов организма. При анализе достаточно сложных жизненных ситуаций физиологическая интерпретация этих стадий с необходимостью обогащается психологическим содержанием. Развернутый процесс преодоления возникших трудностей может быть представлен спектром качественно неоднородных по когнитивным и эмоциональным проявлениям состояний “ответа на стресс”, в случае неадекватности каждого из которых возникают специфические отрицательные последствия.

Устойчивость человека к возникновению различных форм стрессовых реакций определяется прежде всего индивидуально-психологическими особенностями и мотивационной ориентацией личности. Следует отметить, что экстремальное воздействие далеко не всегда оказывает отрицательное влияние на эффективность выполняемой деятельности. В противном случае вообще было бы невозможно успешное преодоление трудностей, возникающих при усложнении условий. Однако работа в стрессогенной ситуации обязательно приводит к дополнительной мобилизации внутренних ресурсов, что может иметь неблагоприятные отсроченные последствия. Типичные болезни “стрессовой этиологии” – сердечно-сосудистые патологии, язва желудка, психосоматические расстройства, неврозы, депрессивные состояния – весьма характерны для различных современных видов производства и управленческой деятельности. В этой связи важны прикладные исследования индивидуальной устойчивости человека к стрессу и, как следствие этого, развития патологических состояний. В серии исследований М. Фридмана и Р. Ройзенмана проведен анализ поведения обширного контингента лиц умственного труда (научные работники, инженеры, администраторы), занятых управленческой деятельностью. Ими выделены два основных

типа: А – подверженных стрессу, В – устойчивых к стрессу лиц. Представители типа А характеризуются ярко очерченным поведенческим синдромом, определяющим стиль их жизни. У них чаще наблюдается “выраженная склонность к конкуренции, стремление к достижению цели, агрессивность, нетерпеливость, беспокойство, гиперактивность, экспрессивная речь, постоянное напряжение лицевой мускулатуры, чувство постоянной нехватки времени и повышенной активности”. Платой за это является потеря здоровья, часто уже в молодом возрасте.

Не только обозначенные медицинские, но и различные отрицательные социально-экономические последствия стресса – неудовлетворенность работой, снижение производительности труда, аварии, прогулы, текучесть кадров – акцентируют внимание на необходимости изучения состояний психологического стресса, ставших одной из характерных особенностей современной жизни. Оптимизация любого вида труда предполагает использование комплекса профилактических мер, направленных на исключение или максимальное ограничение причин возникновения стресса.

Таким образом, эмоции оказывают влияние на: 1) иммунную систему; 2) гормональное состояние; 3) периферическую физиологическую активацию (например, частоту сердцебиений и артериальное давление).

Большую роль играют, прежде всего, следующие эмоции:

А. Важными в возникновении язвы желудка (К25) или двенадцатиперстной кишки (К26), помимо инфекций, очевидно, являются эмоции, возникающие в недостаточно контролируемых ситуациях: тревога и чувство беспомощности и перегрузки.

Б. Гнев, ориентированный на преодоление возникшей проблемы, напротив, кажется основной причиной возникновения эссенциальной гипертонии (I10) (повышенного кровяного давления) и в связи с этим стенокардии (I20) и инфаркта миокарда (I21). Гнев и враждебность относятся к тем компонентам личности «типа А», в которых заключено различие между лицами, имеющими и не имеющими сердечно-сосудистые заболевания.

В. Для других расстройств (таких, как астма (F54), кожные заболевания и т.п.), напротив, менее ясно, какие эмоции являются причинами их возникновения (Перре, Бауманн).

С позиций психологии отношений негативное переживание является следствием нарушения отношений человека; болезненный же патогенный характер оно приобретает при расстройствах отношений личности, занимающих центральное место в общей системе отношений человека к действительности. Их значимость – основное условие эмоционально-аффективного напряжения, нейровегетативно-эндокринный коррелят которого является центральным звеном в механизмах развития психосоматических расстройств.

Адаптация человека к стрессовым ситуациям

Адаптация – это динамический процесс, благодаря которому подвижные системы живых организмов, несмотря на изменчивость условий, поддерживают устойчивость, необходимую для существования, развития и продолжения рода. Именно механизм адаптации, выработанный в результате длительной эволюции, обеспечивает возможность существования организма в постоянно меняющихся условиях среды.

Благодаря процессу адаптации достигается сохранение гомеостаза при взаимодействии организма с внешним миром. В этой связи процессы адаптации включают в себя не только оптимизацию функционирования организма, но и поддержание сбалансированности в системе “организм-среда”. Процесс адаптации реализуется всякий раз, когда в системе “организм-среда” возникают значимые изменения, и обеспечивает формирование нового гомеостатического состояния, которое позволяет достигать максимальной эффективности физиологических функций и поведенческих реакций. Поскольку организм и среда находятся не в статическом, а в динамическом равновесии, их соотношения меняются постоянно, а, следовательно, также постоянно должен осуществляться процесс адаптации.

Вышеприведённое относится в равной степени и к животным, и к человеку. Однако существенным отличием человека является то, что решающую роль в процессе поддержания адекватных отношений в системе “индивидуум-среда”, в ходе которого могут изменяться все параметры системы, играет психическая адаптация.

Психическую адаптацию рассматривают как результат деятельности целостной самоуправляемой системы (на уровне “оперативного покоя”), подчёркивая при этом её системную организацию. Но при таком рассмотрении картина остаётся не полной. Необходимо включить в формулировку понятие потребности. Максимально возможное удовлетворение актуальных потребностей является, таким образом, важным критерием эффективности адаптационного процесса. Следовательно, психическую адаптацию можно определить как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который (процесс) позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели, обеспечивая в то же время соответствие максимальной деятельности человека, его поведения, требованиям среды.

Психическая адаптация является сплошным процессом, который, наряду с собственно психической адаптацией (то есть поддержанием психического гомеостаза), включает в себя ещё два аспекта:

- а) оптимизацию постоянного воздействия индивидуума с окружением;
- б) установление адекватного соответствия между психическими и физиологическими характеристиками.

Нарушения данных условий приводит к дезадаптации.

Психическая дезадаптация имеет биологические, личностно-психологические и психопатологические корни, тесно связана с явлениями семейной и школьной дезадаптации, являясь ее следствием. Психическая дезадаптация – явление многогранное, в основе которого лежит не один, а множество факторов. К числу таковых некоторые специалисты относят: индивидуальные; психолого-педагогические факторы (педагогическая запущенность); социально-психологические факторы; личностные факторы; социальные факторы.

К индивидуальным факторам, действующим на уровне психофизиологических предпосылок, затрудняющих адаптацию индивида относят тяжелые или хронические соматические заболевания, врожденные уродства, нарушения двигательной сферы, нарушения и снижение функций сенсорных систем, несформированность высших психических функций.

Одним из проявлений индивидуального фактора дезадаптации является возникновение и существование психосоматических расстройств у дезадаптированных детей. В основе формирования психосоматической дезадаптации человека лежит нарушение функции всей системы адаптации. Значительное место в формировании механизмов функционирования личности принадлежит процессам адаптации к условиям окружающей среды, в частности, к ее социальному компоненту.

Рассмотрим факторы, вызывающие психическую дезадаптацию.

Социально-психологические факторы, раскрывающие неблагоприятные особенности взаимодействия ребенка со своим ближайшим окружением в семье, на улице, в учебно-воспитательном коллективе. Одной из важных социальных ситуаций для личности ребенка является школа как целая система значимых для него отношений. Под определением школьной дезадаптации подразумевается невозможность адекватного школьного обучения соответственно природным способностям, также адекватного взаимодействия ребенка с окружением в условиях индивидуальной микросоциальной среды, в которой он существует. В основе возникновения школьной дезадаптации лежат различные факторы социального, психологического и педагогического характера. Школьная дезадаптация является одной из форм более сложного явления – социальной дезадаптации несовершеннолетних.

При исследовании подростков 13-14 лет, родители которых обращались за психиатрической помощью, определялись личностные свойства несовершеннолетних, социальные условия их воспитания, роль биологического фактора (раннего резидуально-органического поражения цен-

тральной нервной системы), влияние ранней психической депривации в формировании социальной дезадаптации. Имеются наблюдения, согласно которым, семейная депривация оказывает решающее значение на формирование личности ребенка в дошкольном возрасте, проявляясь в виде патохарактерологических реакций с признаками активного и пассивного протеста, детской агрессивности.

Личностные факторы, которые проявляются в активном избирательном отношении индивида к предпочитаемой среде общения, к нормам и ценностям своего окружения, к педагогическим воздействиям семьи, школы, общественности, в личных ценностных ориентациях и личной способности к саморегулированию своего поведения. Ценностно-нормативные представления, то есть представления о правовых, этических нормах и ценностях, выполняющих функции внутренних поведенческих регуляторов, включают когнитивные (знания), аффективные (отношения) и волевые поведенческие компоненты. При этом асоциальное и противоправное поведение индивида может быть обусловлено дефектами системы внутренней регуляции на любом – когнитивном, эмоционально-волевом, поведенческом уровне.

Проблема дезадаптации у подростков во многом определяется социальными условиями – семейными, микросредовыми, отсутствием адекватной профессиональной и трудовой реабилитации. Расширение в школе возможностей для занятий разнообразным производительным трудом, ранняя профессиональная ориентация благоприятно сказывается на воспитании педагогически запущенных, трудновоспитуемых учащихся.

Социальные факторы: неблагоприятные материально-бытовые условия жизни, определяющиеся социальными и социально-экономическими условиями общества. Проблемы подростков всегда были актуальны, но никогда не стояли так остро, как в настоящее время в условиях нестабильной социальной и политической ситуации, неразрешенного экономического кризиса, ослабления роли семьи, девальвации морально-нравственных норм, резко противоположных форм материального обеспечения. Отмечается недоступность всем подросткам многих форм обучения, сокращение числа учебных заведений, мест отдыха для подростков. Социальная запущенность по сравнению с педагогической характеризуется, прежде всего, низким уровнем развития профессиональных намерений и ориентаций, также полезных интересов, знаний, навыков, еще более активным сопротивлением педагогическим требованиям и требованиям коллектива, нежеланием считаться с нормами коллективной жизни. Отчуждение социально запущенных подростков от таких важнейших институтов социализации, как семья и школа, приводит к затруднениям в профессиональном самоопределении, заметно снижает их способность к усвоению ценностно-нормативных представлений,

норм морали и права, способность оценивать себя и других с этих позиций, руководствоваться общепринятыми нормами в своем поведении.

Если проблемы подростка не решаются, то они углубляются, приобретают комплексность, то есть такой несовершеннолетний имеет несколько форм проявления дезадаптации. Именно такие подростки составляют особо тяжелую группу социально-дезадаптированных. Среди множества причин, приводящих подростков к тяжелой социальной дезадаптации, основными становятся остаточные явления органической патологии ЦНС, патохарактерологическое или невротическое развитие личности, либо педагогическая запущенность. Немалую значимость в объяснении причин и характера социальной дезадаптации играет система самооценок и ожидаемых оценок индивида, то, что относится к престижным механизмам саморегуляции поведения подростков и отклоняющегося поведения в первую очередь.

По мере взросления ребенок должен прожить определенные этапы эмоциональных отношений с матерью, отцом, окружающими людьми. Если этого не происходит, у подростка появляется задержка развития эмоциональной сферы, и он становится предрасположенным к правонарушениям, преступлением. Пытаясь выйти из-под взрослой опеки, подросток ищет ту временную нишу, в которой он мог бы ощущать свободу своего взрослеющего «Я», и находит ее в сфере досуга.

Психолого-педагогические факторы (педагогическая запущенность) проявляются в дефектах школьного и семейного воспитания. Они выражаются в отсутствии индивидуального подхода к подростку на уроке, неадекватности предпринимаемых педагогами воспитательных мер, несправедливом, грубом, оскорбительном отношении учителя, занижении оценок, отказе в своевременной помощи при обоснованном пропуске занятий, в непонимании душевного состояния учащегося. Сюда же относятся тяжелый эмоциональный климат в семье, алкоголизация родителей, настроенность семьи против школы, школьная дезадаптация старших братьев и сестер. При педагогической запущенности, несмотря на отставания в учебе, пропуски уроков, конфликты с учителями и одноклассниками, у подростков не наблюдается резкой деформации ценностно-нормативных представлений. Для них высокой остается ценность труда, они ориентированы на выбор и получение профессии (как правило, рабочей), для них не безразлично общественное мнение окружающих, сохранены социально-значимые референтные связи. Подростки испытывают затруднения в саморегуляции не столько на когнитивном (познавательном), сколько на аффективном и волевом уровне. То есть различные поступки и асоциальные проявления у них связаны не столько с незнанием, непониманием или неприятием общепринятых социальных норм, сколько с неспособностью тормозить себя, свои аффективные вспышки или противостоять влиянию окружающих.

Анализ причин дезадаптации подростков позволяет отметить, что распространенность психосоматических расстройств и психопатологических расстройств, сопровождающихся выраженными соматическими дисфункциями, обусловлена частотой психической травматизации вследствие искаженных родительско-детских отношений, а также нарушений привязанности в раннем онтогенезе, что потенцирует развитие психопатологических нарушений в процессе взросления. Тяжесть данных патологических нарушений обусловлена незрелостью когнитивно-эмоциональных структур и преодолевающих поведенческих стратегий в раннем возрасте.

Искаженные родительско-детские отношения основаны на расстройствах привязанности – нарушениях межличностного взаимодействия между ребенком и ухаживающим за ним взрослым (прежде всего, между ним и его матерью), что непосредственно вызывает развитие психосоматических расстройств и психопатологических расстройств, сопровождающихся выраженными соматическими дисфункциями.

У младенца возникновению привязанности способствует врожденная необходимость связи с человеком, который обеспечивает удовлетворение его биологических потребностей в тепле, пище, физической защите. Не менее фундаментальным для нормального развития ребенка и его привязанностей является психологический комфорт, который формирует у ребенка чувство психологической защищенности и удовлетворенности, а, следовательно, доверия к окружающему миру и возможности его безопасного познания. Поэтому психологическая зрелость материнского поведения и опыт адекватных родительско-детских отношений первого года жизни являются определяющими для нормального физического, психического, психологического и социального развития ребенка на протяжении всей его дальнейшей жизни.

Джон Боулби (John Bowlby) создал теорию привязанности (и расстройства привязанности), к основным положениям которой можно отнести следующие центральные понятия:

- Привязывающие модели поведения (жесты, сигналы), которые обеспечивают и поддерживают близость ребенка к опекающим взрослым, заложены как эволюционная социобиологическая модель выживания человеческого сообщества (вида), следовательно, имеют инстинктивную сущность. Ребенок как продукт эволюции испытывает инстинктивную потребность оставаться рядом с родителем (опекающим взрослым), на которого у него выработался импринтинг, без чего человеческое сообщество не смогло бы выжить.

- Стратегия привязывания создает внутреннюю рабочую модель близких отношений, которая представляет собой неразрывное и взаимообусловленное единство себя и другого: ребенок осознает себя через отношение к нему матери и воспринимает мать как источник отношения к

себе. Сейчас в русле теории привязанности изучается не столько самосознание ребенка, сколько, прежде всего, его поведение как формирующиеся способности (компетенции) в области социального адаптивного поведения.

- Теория привязанности (как способности формировать длительные близкие отношения) распространяется на весь онтогенез – фактически всю жизнь человека. Сформированная привязанность (ее качество) в раннем возрасте непосредственно влияет на дальнейшие успехи человека в общении в целом (как уровень компетентности в социальном адаптивном поведении), семейной жизни, профессиональных достижениях и т.д.

При наличии патологических родительно-детских отношений расстройства привязанности формируются практически с рождения ребенка, а их манифестные клинические проявления очевидны в возрасте 6–8 месяцев жизни. Наиболее ярко типы расстройств привязанностей определяются в раннем возрасте. Стандартно клиническая диагностика расстройств привязанности проводится в процессе анализа поведения ребенка в помещении после ухода матери и при ее возвращении.

При этом выделяют четыре основных типа расстройств привязанностей:

1. Тип А – небезопасная привязанность избегающего типа. Дети данной категории обозначаются как индифферентные, ненадежнопривязанные. Такие дети выглядят достаточно независимыми в незнакомой ситуации. В игровой комнате сразу же начинают изучать игрушки. Во время своих исследований не используют мать в качестве отправной точки, не подходят к ней, что означает – мать не осознается ребенком как объект защиты. Когда мать покидает комнату, они не проявляют беспокойства и не ищут близости с матерью при ее возвращении. Если мать пытается взять их на руки, они стараются этого избежать, вырываясь из ее объятий или отводя взгляд. Такое поведение может казаться исключительно здоровым. Но на самом деле при избегающем поведении дети испытывают серьезные эмоциональные трудности в виде блокирования осознания эмоциональных переживаний в моменты телесной или эмоциональной близости с опекающим взрослым. Основой подобного независимого поведения часто является беспомощность матери в реализации опекающей функции при гипертрофии контролирования ребенка и манипуляций им. Внешняя отчужденность детского поведения часто связана с пережитым травмирующим разлучением в более раннем возрасте или частым переживанием брошенности при регулярном отсутствии взрослых в момент какой-то потребности ребенка. Внешне безразличная, сдержанная манера поведения, отрицание каких-либо чувств ребенка в подростковом возрасте – защита от частого отвержения.

Матери таких детей – относительно несенситивные, черствые к потребностям детей, отвергающие их интересы и личность. При этом они постоянно вмешиваются в жизнь ребенка, исходя из собственных пред-

ставлений о его благополучии, жестко контролируют его поведение (раннее навязывание социальных стандартов поведения), что делает малышей неуверенными в себе при внешнем очень независимом поведении.

Дети с избегающим типом расстройства привязанности учатся организовывать свое поведение без использования эмоциональных сигналов от матери и подавляя собственное эмоциональное реагирование. Они воспринимают в основном интеллектуальную информацию (вытесняя в подсознание эмоциональные сигналы), чтобы не испытывать запредельную боль отвержения; вырабатывают стратегию защищающегося или вынужденно уступающего поведения. Взрослея, при наличии избегающего типа расстройства привязанности ребенок становится замкнутым, часто угрюмым, псевдозаносчивым, что часто обусловлено скрытой депрессивной симптоматикой и попыткой отгородиться от ранящего мира. Такие подростки не допускают доверительных отношений со взрослыми и ровесниками. Основной паттерн, мотив их поведения – «никому нельзя доверять» – формируется вследствие болезненного переживания частого отвержения со стороны взрослых. Ребенок эмоционально «застревает» на подобных болезненных переживаниях, сохраняющихся неосознанно годами с постепенной гипертрофией невротических переживаний при отсутствии адекватной коррекции.

У таких детей выявляются выраженные проявления когнитивно-эмоционального дисбаланса – диспропорционального преобладания интеллектуального развития над неадекватно формирующимся эмоциональным развитием на основе нарушений стратегий переработки информации и построения соответствующего поведения. В норме при отсутствии когнитивно-эмоционального дисбаланса аффективная и интеллектуальная информация интегрируется личностью и адекватно перерабатывается, тогда как при расстройстве привязанности один из видов поступающей информации игнорируется, а другой усиливается и становится ведущим в качестве основного способа патологической адаптации. Этот процесс становится основой формирования когнитивно-эмоционального дисбаланса и отражается в диспропорции эмоционального и когнитивного развития. При избегающем типе нарушений привязанности когнитивно-эмоциональный дисбаланс выявляется в регрессивных, инфантильных формах поведения даже у взрослых.

Психосоматические расстройства в детском возрасте в таких случаях проявляются в виде частых респираторных инфекций с затяжным течением на фоне сниженного иммунитета, многочисленных аллергических реакций. В подростковом возрасте психосоматические расстройства наблюдаются в виде хронических или подострых воспалительных процессов преимущественно желудочно-кишечного тракта.

2. Тип В – надежная безопасная привязанность (не относится к расстройствам привязанности). Именно у таких детей наблюдается адекватное формирование привязанности к опекающему взрослому (матери). Такой ребенок может не сильно огорчиться после ухода матери, но сразу тянется к ней после ее возвращения, стремясь к близкому физическому контакту. В незнакомой обстановке ребенок охотно исследует новое пространство, отталкиваясь от матери как исходной точки взаимодействия с миром. Дети с надежным типом привязанности усваивают коммуникативное значение множества средств общения, используют в приспособительном поведении как интеллект, так и эмоциональное реагирование. Способность к интегрированию интеллектуальной и эмоциональной информации позволяет им сформировать адекватную внутреннюю модель реальности и образцы поведения, максимально обеспечивающие безопасность и комфорт ребенка как адекватное приспособление и являющиеся основой нормального психобиологического развития. Поэтому у таких детей не выявляются выраженные проявления когнитивно-эмоционального диссонанса.

В таких случаях развитие психосоматических расстройств и психопатологических расстройств, сопровождающихся выраженными соматическими дисфункциями не характерно. Детские инфекции переносятся ребенком достаточно легко на фоне нормально развивающегося иммунитета.

3. Тип С – небезопасная привязанность тревожно-сопротивляющегося амбивалентного типа. В процессе диагностики видно, как дети с таким типом расстройства привязанности очень сильно огорчаются после ухода матери, а после ее возвращения цепляются за нее, но практически сразу же ее отталкивают. Это ненадежно-аффективный, амбивалентный, манипулятивный патологический тип привязанности. В незнакомой ситуации эти младенцы держатся близко к матери, беспокоясь по поводу ее местонахождения, и при этом практически не занимаются исследованиями пространства. Они приходят в крайнее волнение, когда мать покидает комнату, и проявляют заметную амбивалентность по отношению к ней, когда она возвращается (то приближаясь к ней, то сердито отталкивая ее). Амбивалентность взаимоотношений с матерью проявляется в двойственном отношении (привязанность – отвержение) к близкому взрослому попеременно, а иногда практически одновременно. Такой ребенок не осознает амбивалентность эмоциональных переживаний, хотя явно страдает от этого и не может объяснить своего внешне капризного поведения, что еще больше потенцирует проявления искаженных патологических родительско-детских отношений. Часто такой тип расстройства привязанности приобретает черты негативной невротической привязанности, когда ребенок постоянно, но неосознанно «цепля-

ет» родителей, стараясь вывести их из себя и провоцируя их на наказание как суррогат прямого внимания со стороны родителей.

Такой тип расстройства привязанности формируется в результате пренебрежительно-гиперопекающего (амбивалентного по сути) типа воспитания. Амбивалентный тревожно-сопротивляющийся тип расстройства привязанности характерен для детей, чьи родители непоследовательны и истеричны. Они то заласкивают ребенка, то взрываются, обижают его, часто несправедливо наказывают, бьют, делая и то и другое бурно, без объективных причин, объяснений и извинений. Этим родители (преимущественно мать, так как отец часто в таких случаях либо отсутствует, либо не принимает участия в непосредственном воспитании ребенка) лишают ребенка возможности как понять родительское поведение и приспособиться к нему, так и осознать родительское отношение к себе.

Основными проявлениями поведения таких детей в детском возрасте являются капризность, непослушание, истерики в людных местах. В подростковом возрасте при наличии амбивалентного типа расстройства привязанности ребенок часто выявляет различные формы оппозиционно-протестного поведения. Основной паттерн и мотив его поведения – «меня никто не любит, я никому не нужен». Патогенетической основой расстройства привязанности становится эмоциональное «застревание» ребенка на болезненных переживаниях одиночества и брошенности в сочетании с озлоблением (часто неосознаваемым) за это на близких. У таких детей выявляются выраженные проявления когнитивно-эмоционального диссонанса, когда стойко закрепляется бурное неадекватное эмоциональное реагирование при отсутствии достаточного импульс-контроля и навыков использования интеллектуальной организации поведения («подумай, что будет дальше»). У них вырабатываются перемежающиеся стратегии застенчивого/принуждающего поведения на фоне основных механизмов психологической защиты в виде проекции и смещения. Такие дети считают, что в их проблемах виноваты другие (родители), и именно они должны изменяться и приспособливаться к потребностям, проблемам ребенка. Для общения они избирают исключительно эмоциональный компонент: аффективные вспышки, слезливость, тревожность, страхи без реальных причин. Эмоции таких детей незрелы, поверхностны, с выраженным нарушением волевого компонента (отсутствием самодисциплины, толерантности к отсроченному вознаграждению, умения планировать и осуществлять планы в соответствии с возрастом), поскольку тип воспитания в их семье носит характер гиперопеки или соответствует типу «кумир семьи».

Психосоматические расстройства детского возраста в таких случаях проявляются в виде тяжелых бронхитов, легко возникающих воспалительных процессов с выраженными температурными реакциями, энур-

реза, нарушений питания. В подростковом возрасте для них характерны в большей степени поведенческие нарушения со склонностью к ранней наркотизации и девиантному поведению. Из психосоматических расстройств наблюдаются тяжелые формы угревой сыпи, хронические плохо курируемые воспалительные процессы, соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы.

У детей с расстройством привязанности типа С (амбивалентный, манипулятивный тип привязанности) психосоматическая патология наиболее часто возникает вследствие манипулирующего поведения – постоянных попыток привлечь к себе внимание окружающих и избежать ответственности за свои поступки. Для них характерны психосоматические проявления регрессивного поведения: склонность к ипохондризации с преувеличенно демонстративными симптомами болезненности, которые очень тяжело поддаются коррекции и часто рецидивируют при фиксации врачом внимания к успешному окончанию лечения. Они выражают беспомощность и отчаяние, постоянную всепоглощающую потребность во внимании.

4. Тип D – небезопасная привязанность дезорганизованного типа. В незнакомой ситуации после ухода матери дети либо застывают в одной позе, либо убегают от пытающейся приблизиться матери после ее появления. Такие дети научились выживать, нарушая все правила и границы человеческих отношений, отказываясь от привязанности в пользу силы: им не надо, чтобы их любили, они предпочитают, чтобы их боялись.

Дезорганизованный тип расстройства привязанности характерен для детей, подвергающихся систематическому жестокому обращению и насилию. Они просто не имеют опыта привязанности, так как их родители практически не демонстрируют сигналы привязанности (часто они сами пережили насилие в своем детстве). В таких семьях часто встречается крайне жесткий (жестокий) отец с ригидными перфекционистскими установками о значимости спарганского воспитания, тогда как слабая субмиссивная мать не способна защитить ребенка от агрессивного отца. Либо подобный дезорганизованный тип расстройства привязанности выявляется при выраженных депрессивных состояниях у матери, которая способна проявлять внимание к ребенку только в форме агрессии, большую часть времени никак не откликаясь на ребенка вследствие замершего депрессивного состояния.

В подростковом возрасте при наличии дезорганизованного типа расстройства привязанности часто выявляются различные формы психопатологических расстройств, доходящие до субпсихотического уровня. Основной паттерн и мотив поведения таких подростков – выразить свою боль и отомстить за нее. Патогенетической основой расстройства привязанности становится крайняя дезорганизованность поведения при полном отсутствии импульс-контроля и выраженных нарушениях аутоидентификации в виде

негативной Я-концепции и чувства собственной малоценности. Для таких детей и подростков также характерны перемежающиеся стратегии застенчивого/принуждающего поведения, которые могут стать доминирующим и практически не регулируемым стилем. На фоне такого неконтролируемого волей и социальными ограничениями поведения возможна его трансформация в явно агрессивное или очевидно беспомощное. Основой подобных проявлений и преобразований является не только полное вытеснение интеллектуального потока информации и неспособность адекватного осмысления ситуаций (на фоне выраженного когнитивно-эмоционального диссонанса), но и трансформации бурного амбивалентного аффективного реагирования в крайне деструктивные формы.

Для таких детей и подростков характерны такие же виды психосоматических расстройств и психопатологических расстройств, сопровождающихся выраженными соматическими дисфункциями, как и при типе С.

Кроме вышперечисленных изолированных типов расстройств привязанности можно говорить также о симбиотическом типе привязанности как о смешанном (комбинация типов А/С). Такие дети не отпускают мать от себя ни на шаг, и в этом проявляется их психологический симбиоз. Данный тип расстройства привязанности формируется у высокотревожных матерей, плохо осознающих и реагирующих на сигналы и потребности ребенка и ориентирующихся исключительно на собственные «правильные» представления о воспитании с избеганием малейшей опасности для ее ребенка, «грозящей отовсюду». У детей с данным симбиотическим типом расстройства привязанности нарушено формирование Я-концепции и принятия себя как самостоятельной личности в силу отсутствия ощущения себя автономной частью диады «мать – дитя».

С возрастом у этих детей нарастает и закрепляется стойкое высокотревожное реагирование, поскольку мать отвечает на их сигналы только при прямом зрительном контакте и выраженных аффективных реакциях ребенка (плач, боль), что потенцирует формирование его болезненности как единственного эффективного способа привлечь материнское внимание к собственным потребностям. Для таких детей характерны наиболее выраженные, тяжелые формы психосоматических расстройств, психопатологических расстройств, сопровождающихся выраженными соматическими дисфункциями, как и при типе А.

В подростковом возрасте нарастает конфликт между потребностью психологического отделения от матери, разрыва симбиотической привязанности со стороны ребенка и потребностью удержать такую симбиотическую зависимость, что приводит к усугублению и без того крайне высокой тревожности у обоих. Это и проявляется формированием психосоматических нарушений или усугублением имеющихся соматических/неврологических расстройств и психопатологических рас-

стройств, сопровождающихся выраженными соматическими дисфункциями с существенной склонностью к ипохондризации и нарушению адекватного образа жизни.

Дети, как с изолированными, так и с сочетанными типами расстройства привязанности достаточно часто наблюдаются в детской психиатрии. В общесоматической практике они становятся регулярными пациентами исключительно педиатров или узкоспециализированных интернистов, которые наблюдают и лечат соматические проявления психологического дискомфорта, вызванного патологическими родительско-детскими отношениями. Маской (и наиболее тяжелым следствием) практически всех типов расстройства привязанности являются психопатологические расстройства, сопровождающиеся выраженными соматическими дисфункциями, при которых под видом соматических проявлений скрываются серьезные эмоционально-когнитивные и поведенческие расстройства.

Поэтому родителя должны насторожить частые болезни (преимущественно респираторные инфекции, бронхиты, острые гастриты), высокая резистентность к проводимой терапии, появление все новых и новых необъяснимых соматических симптомов на протяжении одного заболевания, неспособность ребенка самостоятельно работать или играть, привлечение к себе постоянного внимания со стороны взрослых, особая болезненность в течение учебного года и хорошее самочувствие во время каникул. В такой ситуации важно диагностировать наличие психосоматической природы болезненности ребенка, характер и выраженность подобных нарушений. Определение лежащего в основе психосоматического расстройства типа расстройства привязанности с последующей квалифицированной психиатрической и психотерапевтической помощью предотвратит как частое рецидивирование болезненных проявлений или их хронификацию, так и применение зачастую малоэффективной лекарственной терапии, направленной на купирование соматических симптомов.

В качестве ранней диагностики психосоматических нарушений целесообразно обращать пристальное внимание на особенности отношений в диаде «мать – дитя». Для этого во время сбора анамнеза следует прицельно интересоваться характером взаимоотношений в семье (между всеми ее членами) и реальными последствиями этих отношений. Прежде всего, это касается стиля воспитания, отношения к учебе, удовлетворения интересов ребенка, наличия у ребенка собственного пространства, включая свое спальное и игровое место, и т.д. Принципиально важными в диагностике психосоматических расстройств и психопатологических расстройств, сопровождающихся выраженными соматическими дисфункциями, являются следующие аспекты здоровья ребенка: частота соматических заболеваний, быстрота выздоровлений во время предыдущих заболеваний, наличие необъяснимых соматических симпто-

мов, неадекватная реакция на проводимую терапию, влияние ухода отдельных членов семьи на течение болезни (с кем ребенок себя чувствует лучше, а с кем хуже), отношение матери к болезням ребенка (склонность к преувеличению тяжести состояния ребенка или отсутствие установок на скорое выздоровление), наличие сформировавшегося в семье понятия «у нас ребенок крайне болезненный». Последнее утверждение связано с выявлением тенденции к ипохондризации психосоматических проявлений, в том числе трансформации реальных соматических заболеваний в сторону ощущения их крайней тяжести и опасности, и к формированию на фоне патологических родительско-детских отношений преимущественности интересов матери вокруг лечения и профилактики любых симптомов нездоровья у ребенка.

Таким образом, можно выделить следующие виды эмоциональных нарушений у детей с психосоматическими расстройствами:

1. Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство. Расстройство характеризуется выраженной и постоянной эмоциональной несдержанностью или лабильностью (неустойчивостью), утомляемостью или разнообразными неприятными физическими ощущениями (например, головокружениями) и болями, предположительно возникающими вследствие органического расстройства. Часто выявляются утомляемость и вялость. Характерна частая смена настроения по малейшему, незаметному для постороннего глаза поводу. Иногда настроение меняется по несколько раз в течение дня и колеблется от «безудержного веселья до приступов полного отчаяния».

2. Эмоционально-неустойчивое (лабильное) расстройство личности. Расстройство личности, при котором имеется ярко выраженная тенденция действовать импульсивно, без учёта последствий, наряду с неустойчивостью настроения. Способность планирования минимальная; вспышки интенсивного гневливого аффекта часто приводят к насилию, либо «поведенческим взрывам»; они легко провоцируются, когда импульсивные акты осуждаются окружающими, либо им препятствуют.

Выделяют две разновидности этого личностного расстройства, и при обеих присутствует общая основа импульсивности и отсутствие самоконтроля:

- импульсивный тип – преобладающими характеристиками являются эмоциональная неустойчивость и отсутствие контроля импульсивности. Вспышки жестокости и угрожающего поведения обычны, особенно в ответ на осуждение окружающими. Выраженная тенденция действовать неожиданно и не принимая в расчёт последствия. Результатом эмоциональной неуравновешенности является склонность к вспышкам гнева или насилия с неспособностью контролировать «поведенческие взрывы». Наблюдаются трудности в продолжение действий, которые не су-

лят немедленного вознаграждения. Преобладает нестабильное капризное настроение.

- пограничный тип – имеются некоторые характеристики эмоциональной неустойчивости, а кроме того, образ Я, намерения и внутренние предпочтения (включая сексуальные), характерное хроническое чувство опустошенности часто непонятны или нарушены. Наблюдается склонность включаться в интенсивные и нестабильные взаимоотношения, которые часто приводят к эмоциональным кризисам и сопровождаются серией суицидальных угроз или актов самоповреждения (хотя всё это может также иметь место без явных провоцирующих факторов). Характерны чрезмерные усилия избежать уединения.

3. Социализированное расстройство поведения. Для данного расстройства характерно доминирование диссоциального поведения (неспособность следовать социальным нормам, что обуславливает антисоциальные и криминальные действия) или агрессивного поведения в виде групповой активности в компании друзей, обычно одного возраста, которые имеют те же особенности и которым субъект предан.

Вышерассмотренное подтверждает значимость для практической психологии знаний о специфике формирования расстройства привязанности как патологической основы психосоматических расстройств и психопатологических расстройств, сопровождающихся выраженными соматическими дисфункциями. Нарушения родительско-детских отношений искажают формирование адекватных адаптационных механизмов у ребенка и, соответственно, являются облигатным признаком возникновения психосоматических расстройств детского возраста. Возникающие на фоне искаженных родительско-детских отношений нарушения привязанности приводят к формированию негативной модели себя и окружающей реальности, а также формируют деструктивные стратегии преодоления поведения и тестирования реальности, что в дальнейшем практически всегда приводит к формированию хронических форм психических и поведенческих нарушений, в частности невротических и личностных расстройств, различных форм зависимого поведения.

Особую роль в патогенезе психопатологических расстройств, сопровождающихся выраженными соматическими дисфункциями играют нарушения интегративной способности ребенка к восприятию интеллектуальной или эмоциональной информации с последующим формированием когнитивно-эмоционального дисбаланса как патологического типа предпочтения того или иного вида информации (преимущественно интеллектуальной при игнорировании, вытеснении эмоциональной или наоборот). Это приводит к хронификации высокого уровня тревожности и депрессивных паттернов реагирования, что впоследствии трансформируется в манифестные психопатологические проявления, являющиеся

ся ключевыми пусковыми моментами в формировании любых видов психосоматических расстройств или других нарушений поведения.

Виды стрессов

Изучение адаптационных процессов тесно связано с представлением об эмоциональном напряжении и стрессе. Это послужило основанием для определения стресса как неспецифической реакции организма на предъявляемые ему требования и рассмотрение его как общего адаптационного синдрома.

Известный зарубежный психолог Ганс Селье, основоположник западного учения о стрессах и нервных расстройствах, определил следующие стадии стресса как процесса :

- 1) непосредственная реакция на воздействие (стадия тревоги);
- 2) максимально эффективная адаптация (стадия резистентности);
- 3) нарушение адаптационного процесса (стадия истощения).

В широком смысле эти стадии характерны для любого адаптационного процесса.

Одним из факторов стресса является эмоциональная напряженность, которая физиологически выражается в изменениях эндокринной системы человека. К примеру, при экспериментальных исследованиях в клиниках больных было установлено, что люди, постоянно находящиеся в нервном напряжении, тяжелее переносят вирусные инфекции. В таких случаях необходима помощь квалифицированного психолога.

Основные черты психического стресса:

- 1) стресс – состояние организма, его возникновение предполагает взаимодействие между организмом и средой;
- 2) стресс – более напряженное состояние, чем обычное мотивационное; оно требует для своего возникновения восприятия угрозы;
- 3) явления стресса имеют место тогда, когда нормальная адаптивная реакция недостаточна.

Так как стресс возник главным образом именно от восприятия угрозы, то его возникновение в определенной ситуации может возникать по субъективным причинам, связанным с особенностями данной личности.

Вообще, так как индивидуумы не похожи друг на друга, от фактора личности зависит очень много. К примеру, в системе “человек-среда” уровень эмоциональной напряженности нарастает по мере увеличения различий между условиями, в которых формируются механизмы субъекта, и вновь создавшихся. Таким образом, те или иные условия вызывают эмоциональное напряжение не в силу их абсолютной жёсткости, а в результате несоответствия этим условиям эмоционального механизма индивида.

При любом нарушении сбалансированности “человек-среда” недостаточность психических или физических ресурсов индивидуума для удовлетворения актуальных потребностей или рассогласование самой системы потребностей является источником тревоги. Тревога, обозначаемая как

- ощущение неопределенной угрозы;
- чувство диффузного опасения и тревожного ожидания;
- неопределенное беспокойство, представляет из себя наиболее сильно действующий механизм психического стресса. Это вытекает из уже упоминаемого ощущения угрозы, которое представляет из себя центральный элемент тревоги и обуславливает ее биологическое значение как сигнала неблагополучия и опасности.

Тревога может играть охранительную и мотивационную роль, сопоставимую с ролью боли. С возникновением тревоги связывают усиление поведенческой активности, изменение характера поведения или включение механизмов интрапсихической адаптации. Но тревога может не только стимулировать активность, но и способствовать разрушению недостаточно адаптивных поведенческих стереотипов, замещению их более адекватными формами поведения.

В отличие от боли тревога – это сигнал опасности, которая еще не реализована. Прогнозирование этой ситуации носит вероятностный характер, а в конечном итоге зависит от особенностей индивида. При этом личностный фактор играет зачастую решающую роль, и в таком случае интенсивность тревоги отражает скорее индивидуальные особенности субъекта, чем реальную значимость угрозы.

Тревога, по интенсивности и длительности неадекватная ситуации, препятствует формированию адаптационного поведения, приводит к нарушению поведенческой интеграции и всеобщей дезорганизации психики человека. Таким образом, тревога лежит в основе любых изменений психического состояния и поведения, обусловленных психическим стрессом.

Профессор Березин определил тревожный ряд, который представляет существенный элемент процесса психической адаптации:

- 1) ощущение внутренней напряженности – не имеет ярко выраженного оттенка угрозы, служит лишь сигналом ее приближения, создавая тягостный душевный дискомфорт;

- 2) гиперестезические реакции – тревога нарастает, ранее нейтральные стимулы приобретают негативную окраску, повышается раздражительность;

- 3) собственно тревога – центральный элемент рассматриваемого ряда. Проявляется ощущением неопределенной угрозы. Характерный признак: невозможность определить характер угрозы, предсказать время ее возникновения. Часто происходит неадекватная логическая переработка, в результате которой из-за нехватки фактов выдается неправильный вывод;

4) страх – тревога, конкретизированная на определенном объекте. Хотя объекты, с которыми связывается тревога могут и не быть ее причиной, у субъекта создается представление о том, что тревогу можно устранить определенными действиями;

5) ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы – нарастание интенсивности тревожных расстройств приводит субъекта к представлению о невозможности предотвращения грядущего события;

6) тревожно-боязливое возбуждение – вызываемая тревогой дезорганизация достигает максимума, и возможность целенаправленной деятельности исчезает.

При пароксизмальном нарастании тревоги все указанные явления можно наблюдать в течение одного пароксизма, в других же случаях их смена происходит постепенно.

Для изучения тревоги набиралась группа испытуемых-добровольцев, у которых вызвали стресс экспериментально, основываясь на эффекте плацебо. Тревожная реакция имела место у подавляющего большинства используемых, что наглядно демонстрирует эффективность психической адаптации у испытуемых при низком (I) и высоком (II) уровне тревоги в зрелом (а) и юношеском (б) возрасте.

	Эффективная адаптация	Неустойчивая адаптация	Стойкие нарушения адаптации
	Адаптивность при низком уровне тревоги (I)		
Испытуемые зрелого возраста	54%	36%	10%
Испытуемые юношеского возраста	73%	24%	3%
	Адаптивность при высоком уровне тревоги (II)		
Испытуемые зрелого возраста	4%	44%	52%
Испытуемые юношеского возраста	19%	38%	41%

Таким образом, мы видим, что молодёжь более адаптивна и менее подвержена воздействию внешней тревоги, чем люди старшего поколения. Из этого следует сделать вывод о том, что чем гибче выстроена нервно-психическая система человека, чем он моложе и имеет сознание, свободное от предрассудков, тем легче происходит процесс адаптации и менее болезненно переносятся стрессовые ситуации.

Кстати, уже упоминавшийся Селье выдвинул весьма интересную гипотезу о том, что старение – итог всех стрессов, которым подвергался организм в течении своей жизни. Оно соответствует “фазе истощения” общего адаптационного синдрома, который в некотором смысле представляет собой ускоренную версию нормального старения. Любой стресс, особенно вызванный бесплодными усилиями, оставляет после себя необратимые химические изменения; их накопление обуславливает признаки старения в тканях. Особенно тяжёлые последствия вызывает поражение мозговых и нервных клеток. Но успешная деятельность, какой бы она не была, оставляет меньше последствий старения, следовательно, говорит Селье, вы можете долго и счастливо жить, если выберете подходящую для себя работу и удачно справляетесь с ней.

Усиление тревоги приводит к повышению интенсивности действия двух взаимосвязанных адаптационных механизмов, которые приведены ниже:

1) аллопсихический механизм – действует, когда происходит модификация поведенческой активности. Способ действия: изменение ситуации или уход из нее.

2) интрапсихический механизм – обеспечивает редукцию тревоги благодаря переориентации личности.

Существует несколько типов защит, которые используются интрапсихическим механизмом психической адаптации:

1) препятствие осознанию факторов, вызывающих тревогу;

2) фиксация тревоги на определенных стимулах;

3) снижение уровня побуждения, т.е. обесценивание исходных потребностей;

4) концептуализация.

Тревога, несмотря на обилие различных смысловых формулировок, представляет собой единое явление и служит облигаторным механизмом эмоционального стресса. Возникая при любом нарушении сбалансированности в системе “человек-среда”, она активизирует адаптационные механизмы, и вместе с тем при значительной интенсивности лежит в основе развития адаптационных нарушений. Повышение уровня тревоги обуславливает включение или усиление действия механизмов интрапсихической адаптации. Эти механизмы могут способствовать эффективной психической адаптации, обеспечивая редукцию тревоги, а в случае их неадекватности находят свое отражение в типе адаптационных нарушений, которым соответствует характер формирующихся при этом пограничных психопатологических явлений.

Организация эмоционального стресса предполагает затруднение реализации мотивизации, блокаду мотивированного поведения, т.е. фрустрацию. Совокупность фрустрации, тревоги, а также их взаимосвязь с аллопсихической и интрапсихической адаптациями и составляет основное тело стресса.

Эффективность психической адаптации напрямую зависит от организации микросоциального взаимодействия. При конфликтных ситуациях в семейной или производственной сфере, затруднениях в построении неформального общения нарушения механической адаптации отмечались значительно чаще, чем при эффективном социальном взаимодействии. Также с адаптацией напрямую связан анализ факторов определенной среды или окружения. Оценка личностных качеств окружающих как фактора привлекающего в подавляющем большинстве случаев сочеталась с эффективной психической адаптацией, а оценка таких же качеств как фактора отталкивающего – с её нарушениями.

Но не только анализ факторов окружающей среды определяет уровень адаптации и эмоциональной напряжённости. Необходимо также принимать во внимание индивидуальные качества, состояние непосредственного окружения и особенности группы, в котором осуществляется микросоциальное взаимодействие.

Эффективная психическая адаптация представляет собой одну из предпосылок к успешной профессиональной деятельности.

В профессиональной управленческой деятельности стрессовые ситуации могут создаваться динамичностью событий, необходимостью быстрого принятия решения, рассогласованием между индивидуальными особенностями, ритмом и характером деятельности. Факторами, способствующими возникновению эмоционального стресса в этих ситуациях, могут быть недостаточность информации, её противоречивость, чрезмерное разнообразие или монотонность, оценка работы как превышающей возможности индивидуума по объёму или степени сложности, противоречивые или неопределённые требования, критические обстоятельства или риск при принятии решения.

Важными факторами, улучшающими психическую адаптацию в профессиональных группах, являются социальная сплочённость, способность строить межличностные отношения, возможность открытой коммуникации.

Причины стресса

Стресс может быть вызван факторами, связанными с работой и деятельностью организации или событиями личной жизни человека.

Организационные факторы

Рассмотрим те факторы, действующие внутри организации, которые вызывают стресс.

1. Перегрузка или слишком малая рабочая нагрузка, т.е. задание, которое следует завершить за конкретный период времени – наличие конфликтная ситуация, которая и приводит к стрессу.

Работнику просто поручили непомерное количество заданий или необоснованный уровень выпуска продукции на данный период времени. В этом случае обычно возникает беспокойство, фрустрация (чувство крушения), а также чувство безнадежности и материальных потерь. Однако недогрузка может вызвать точно такие же чувства. Работник, не получающий работы, соответствующей его возможностям, обычно чувствует фрустрацию (чувство крушения), беспокойство относительно своей ценности и положения в социальной структуре организации и ощущает себя явно вознагражденным. Состояние фрустрации в большей мере свойственно человеку, находящемуся в состоянии межличностного конфликта и в трудных условиях.

2. Конфликт ролей.

Конфликт ролей возникает тогда, когда к работнику предъявляют противоречивые требования. Например, продавец может получить задание немедленно реагировать на просьбы клиентов, но, когда его видят разговаривающим с клиентом, то говорят, чтобы он не забывал заполнять полки товаром.

Конфликт ролей может также произойти в результате нарушения принципа единоначалия. Два руководителя в иерархии могут дать работнику противоречивые указания. Например, директор завода может потребовать от начальника цеха максимально увеличить выпуск продукции, в то время как начальник отдела технического контроля требует соблюдения стандартов качества.

Конфликт ролей может также возникнуть в результате различий между нормами неформальной группы и требованиями формальной организации. В этой ситуации индивидум может почувствовать напряжение и беспокойство, потому что хочет быть принятым группой, с одной стороны, и соблюдать требования руководства – с другой.

3. Неопределенность ролей.

Неопределенность ролей возникает тогда, когда работник не уверен в том, что от него ожидают. В отличие от конфликта ролей, здесь требования не будут противоречивыми, но и уклончивы и неопределенны. Люди должны иметь правильное представление об ожиданиях руководства: что они должны делать, как они должны делать и как их после этого будут оценивать.

4. Неинтересная работа.

Некоторые исследования показывают, что индивидумы, имеющие более интересную работу, проявляют меньше беспокойства и менее подвержены физическим недомоганиям, чем занимающиеся неинтересной работой. Однако взгляды на понятие “интересная” работа у людей различаются: то, что кажется интересным или скучным для одного, совсем не обязательно будет интересно другим. Здесь имеет место внутриличност-

ный конфликт, что вызывает напряжение и приводит к стрессу. Он проявляется в связи с такими явлениями, как нарушение здоровья, плохие привычки, сексуальные трудности, скука, старение, уход на пенсию.

5. Существуют также и другие факторы.

Стресс может возникнуть в результате плохих физических условий, например, отклонений в температуре помещения, плохого освещения или чрезмерного шума. Неправильные соотношения между полномочиями и ответственностью, плохие каналы обмена информацией в организации и необоснованные требования сотрудников друг к другу, межличностный конфликт тоже могут вызвать стресс. Область межличностного стресса взаимодействует с определенными областями жизни. Поскольку каждому человеку приходится постоянно решать разнообразные социальные вопросы в своей деятельности, то взаимодействие с другими лицами и его оценка оказывают существенное влияние на наше восприятие, переживание, отношение к событиям и являются проблемами отношений между людьми.

Личностные факторы.

Каждый человек по-разному реагирует на внешний стрессор. В этом проявляется его индивидуальность. Следовательно, личностные особенности самым тесным образом связаны с формой реагирования на стрессор и вероятностью развития негативных последствий.

Если мы обратим внимание на жизненные ситуации и события, способные вызвать стресс, то увидим, что некоторые из них являются положительными и благоприятно влияют на нашу жизнь (свадьба, личный успех, рождение ребенка, успешная сдача экзаменов). Кроме того, в течение жизни мы испытываем и другие положительные ощущения: к примеру, радость (окончание школы, института, встреча с друзьями и родными, победа любимой команды), любовь, творческий подъем (вдохновение), достижение выдающегося спортивного результата и т.п. Однако стрессовое напряжение способны вызвать как положительные, так и отрицательные ситуации. Чтобы как-то различать источники стрессов, да и сами стрессы, положительные выделили особым названием – эвстресс, отрицательные оставили как просто стресс.

Некоторые жизненные ситуации, вызывающие стресс можно предвидеть. Например, смену фаз развития и становления семьи или же биологически обусловленные изменения в организме, характерные для каждого из нас. Другие ситуации неожиданны и непредсказуемы, особенно внезапные (несчастные случаи, природные катаклизмы, смерть близкого человека). Существуют еще ситуации, обусловленные поведением человека, принятием определенных решений, определенным ходом событий (развод, смена места работы или места жительства и т.п.). Каждая из подобных ситуаций способна вызвать душевный дискомфорт. И

если конфликт не разрешился благополучно и какая-то потребность человека осталась неудовлетворенной, то стрессовая ситуация остается актуальной и может привести к деструктивным последствиям. В этом случае необходимо снизить для себя значимость этого несбывшегося желания или же отыскать путь для его реализации.

В этой связи человеку необходимы хорошие адаптационные способности, которые помогут пережить самые тяжелые жизненные ситуации, выстоять в самых жестких жизненных испытаниях. Эти адаптационные способности мы и сами можем в себе воспитать, и совершенствовать с помощью различных упражнений. Приведем несколько выводов, отвечающих на вопрос, как можно своевременно подготовиться к стрессогенному событию или жизненной ситуации и ослабить их негативное воздействие на организм.

1. Прежде всего, необходима достаточная информация о возможности наступления подобных ситуаций.

2. Необходимо продумать, как предупредить конкретные жизненные опасности, чтобы не возникла ожидаемая критическая ситуация, или попытаться найти способы ее смягчения.

3. Не спешить делать преждевременные скоропалительные выводы, не принимать решений сгоряча, в состоянии нервозности или истерии, до того как ожидаемые события начались. Не пытаться в преддверии самого события, исходя из своих предположений, делать поспешные умозаключения – ведь в ваших мыслях и воображении уже имеется достаточное количество материала, способного продиктовать далеко не всегда правильное решение.

4. Помнить, что большую часть вызывающих стресс ситуаций мы способны решить сами, не прибегая к помощи специалистов.

5. Очень важно иметь достаточный запас энергии и силы воли для решения сложных ситуаций – это одно из главных условий активной сопротивляемости стрессу. По возможности не поддаваться панике, не впадать в беспомощность. Нет ничего хуже, чем, опустив руки, покориться событиям. Наоборот, нужно стремиться активно вмешиваться в ситуацию, вызывающую стресс.

6. Необходимо понять и принять, что серьезные перемены, в том числе и негативные, – неотъемлемая часть жизни.

7. Помнить, что стрессовыми ситуациями быстрее и лучше овладевают те, кто умеет использовать методы релаксации. Это самый надежный способ подготовки борьбы с ними.

8. Активный образ жизни способствует созданию в организме защитного фона против стресса, улучшая тем самым деятельность адаптационных организмов. Кроме того, создаются благоприятные возможности для развития способности к контролю своего поведения, своих реакций и для самостоятельного овладения стрессом.

9. Для ослабления негативного воздействия стрессовой ситуации необходимы надежные эмоциональные тылы, помогающие обрести чувство уверенности в себе и обеспечивающие вам эмоциональную и моральную поддержку.

10. Преодолеть стрессовые ситуации могут помочь некоторые социальные институты: например, дошкольные учреждения, курсы будущих матерей, консультации для молодых супругов и т.д.

Стадии стресса

Известный зарубежный психолог Ганс Селье, основоположник западного учения о стрессах и нервных расстройствах, определил следующие стадии стресса как:

1. непосредственная реакция на воздействие (стадия тревоги);
2. максимально эффективная адаптация (стадия резистентности);
3. нарушение адаптационного процесса (стадия истощения).

В широком смысле эти стадии характерны для любого адаптационного процесса.

Таким образом, можно сделать несколько выводов:

1. Стрессу одинаково подвержены все живые организмы, способные взаимодействовать с окружающей средой.
2. Реакция стресса направлена на адаптацию организма к изменяющимся условиям внутренней и внешней среды.
3. Адаптационные ресурсы организма у разных людей разные и соответственно способности к их восстановлению так же различаются индивидуально.
4. Влияние одного и того же стрессора на разных людей различаются степенью выраженности стресса по силе влияния на адаптационные возможности индивида.

Симптомы стресса

Симптомы могут постепенно нарастать или появляться внезапно, в течение нескольких минут. Приступы паники обычно длятся недолго, протекают в виде эмоциональных взрывов, сопровождающихся чувством ужаса и такими реакциями организма, как усиленное сердцебиение и потение. Генерализованное тревожное состояние обычно развивается постепенно и обычно не является прямым следствием какого-либо определенного беспричинного страха (фобии). Два главных признака стресса и тревожного состояния это неконтролируемая тревога и беспокойство. К симптомам также можно отнести мышечное напряжение, усталость, раздражительность, нетерпеливость, бессонницу или расстройства сна, трудности с концентрацией внимания. Стрессы и тревожности могут приводить к приступам паники, для которых характерны

боль или чувство дискомфорта в грудной клетке, учащенное сердцебиение, затрудненное, поверхностное дыхание, чувство нехватки воздуха, удушья, озноб или резкое повышение температуры, дрожь, тошнота, боль в животе, онемение или чувство покалывания в конечностях.

Влияние стресса на человека

Стресс оказывает сильнейшее влияние на организм и здоровье человека. Основные нарушения и недомогания в системах и органах организма, вызванные стрессом:

- выпадение волос.
- кожа. Раздражение, сыпь, псориаз.
- дыхательная система. Аллергия и астма.
- пищеварительная система. Гастрит, язвенная болезнь, запоры, диарея, раздражение кишечника и колит.
- иммунная система. Частые простудные и инфекционные заболевания, острая подверженность таким заболеваниям, как рак и рассеянный склероз.
- нервная система. Неспособность сконцентрироваться, потеря памяти, недостаточная ясность ума.
- полость рта. Простудные заболевания.
- сердечно-сосудистая система. Учащенное сердцебиение, высокое артериальное давление, риск сердечных приступов.
- мускулатура. Напряжение, судороги и нервный тик.
- репродуктивная система. Задержка менструаций, неспособность испытывать оргазм, импотенция, преждевременная эякуляция, угасание сексуальности.

Типы стрессоустойчивости

Соционика – наука о переработке информации человеческим интеллектом, позволяющая прогнозировать поведение человека в самых разнообразных ситуациях, в том числе стрессовых.

Отдельный ее блок посвящен теории стрессоустойчивости, согласно которой все люди делятся на 4 группы:

- стрессонеустойчивые;
- стрессотренируемые;
- стрессотормозные;
- стрессоустойчивые.

«Стрессонеустойчивых» характеризует максимально возможная ригидность по отношению к внешним событиям. Они не склонны менять свое поведение и адаптироваться под внешний мир. Их установки и понятия незыблемы. Поэтому любое неблагоприятное внешнее событие или даже намек на его возможность в будущем для них – стресс. В самой

стрессовой, критической ситуации люди стрессонеустойчивых ТИМов (типов информационного метаболизма) склонны к повышенной эмоциональности, крайне возбудимы и неуравновешенны. От них не стоит ждать быстрых и конструктивных решений в напряженные моменты.

«Стрессотренируемые» готовы к переменам, но только не глобальным и не мгновенным. Они стараются трансформировать свою жизнь постепенно, непринужденно, безболезненно, а когда это по объективным причинам невозможно, делаются раздражительными или впадают в депрессию. Однако по мере повторения примерно схожих по содержанию напряженных ситуаций «стрессотренируемые» привыкают и начинают реагировать на стрессы более спокойно. Зрелые, опытные представители таких ТИМов вполне способны быть лидерами в экстремальных ситуациях.

«Стрессотормозные» отличаются жесткостью своих жизненных принципов и мировоззренческих установок, однако к внезапным внешним изменениям относятся достаточно спокойно. Они принципиально не готовы меняться постепенно, но могут пойти на быстрое и однократное изменение той или иной сферы их жизни, например, резко сменить работу. Люди, имеющие ТИМы данной группы, способны быть лидерами во время «точечных» перемен, после которых сразу будет фиксация их нового статус-кво. Если же стрессы следуют один за другим, а особенно имеют вялотекущий характер, они постепенно теряют присутствие духа и контроль над своими эмоциями.

«Стрессоустойчивые» готовы относительно спокойно принимать любые перемены, какой бы характер – длительный или мгновенный – они ни носили. Наоборот, все стабильное и заранее predeterminedное им чуждо и вызывает иронию по причине всеобщей неустойчивости, столь остро ощущаемой представителями ТИМов этой группы. Они обычно сами начинают процессы преобразований или даже революций, возглавляют их, при этом в самый острый момент могут отойти в сторону, так как при всей любви к переменам вовсе не в восторге от возможности нанесения ущерба себе. Умеют эффективно действовать в нестабильных, кризисных условиях, но плохо приспособлены для работы в организациях с устоявшимися традициями. Стрессом для них являются только самые тяжелые события, касающиеся их самих или близких. Нередко «стрессоустойчивые» выбирают себе профессии, связанные с риском и постоянным нахождением в экстремальных ситуациях.

Поведение стрессоустойчивой личности в целом осуществляется по следующей схеме: задача – актуализируемый ею мотив – осуществление действий, ведущих к реализации этого мотива – осознание трудностей – негативная эмоциональная реакция – поиск способов преодоления трудностей – снижение силы отрицательных эмоций – улучшение функционирования. В данном случае психика человека беспрепятственно

включает имеющуюся у индивида систему личностной психологической защиты, что способствует наилучшей адаптации личности к процессу переживания напряженных ситуаций, приводит к снижению интенсивности отрицательных эмоций, к более оптимистичному восприятию действительности.

Конструктивная активность личности, направленная на разрешение проблемы, называется поведением преодоления (копинг) или совладающим поведением и характеризуется эмоциональной и рациональной регуляцией человеком своего поведения с целью оптимального взаимодействия с жизненными обстоятельствами или их преобразованиями в соответствии со своими намерениями. К активным стратегиям относятся: овладение ситуацией путем ее преобразования и преодоление эмоционального дистресса путем изменения собственного отношения к ситуации (П.Торнтон)

Для личности, неспособной преодолевать стресс, характерны переживания, связанные с переоцениваем возможной неудачи и недооцениванием возможности удовлетворения потребности; возрастание силы негативных эмоций, ухудшение функционирования; общая несбалансированность психофизиологической организации. Это вызывает ослабление конструктивных тенденций в психике человека, разумное планирование деятельности теряет свое значение или исчезает совсем: деструктивная, пассивная и аффективно-агрессивная стратегии. Деструктивная или пассивная стратегия проявляется в психологической защите, отказе от продуктивного разрешения критических ситуаций, каких-либо попыток устранить обусловленные ситуацией трудности, снятия эмоционального напряжения и сохранении мнимой целостности личностной структуры. При реализации аффективно-агрессивной стратегии отсутствует гибкость, что затрудняет поиски положительных вариантов преодоления стресса.

Связь стресса с соматическими симптомами. Компоненты стресса в здоровье и заболевании

Жизненный стресс

Большое количество эмпирических исследований выявило существенную связь между стрессовыми явлениями жизни и соматическими симптомами подростков. Например, среди пациентов, обращающихся в клинику для подростков, о большем количестве стрессовых событий жизни сообщается подростками с функциональными соматическими симптомами (головные боли или рекуррентная абдоминальная боль), чем подростками, страдающими определенными органическими заболеваниями. Также в другом исследовании подростки-пациенты с большим уровнем стресса значительно превосходят по количеству психофизиологических симптомов тех, у которых более низкий уровень стресса. Другие исследования обнаружили, что больший стресс пред-

полагает наличие у подростков симптома рекуррентной абдоминальной боли. Жизненный стресс также связан с психосоматическими симптомами среди подростков, обучающихся в школе. Таким образом, имеются значительные свидетельства связи стресса с соматическими симптомами у подростков.

Аффект или эмоциональное состояние

Жизненный стресс может быть связан не только с соматическими симптомами, но также с эмоциональными дистрессами. Например, возбуждение и депрессия часто сосуществуют с психосоматическими симптомами. Подростки с рецидивирующими болями, развивающимися без всякой связи с медицинскими данными, характеризуются уровнями возбуждения и депрессии, которые превышают таковые у контрольных субъектов. Важно учитывать контекст, в котором переносится стресс. Несколько факторов определяют воздействие стресса на здоровое и благополучие подростков. Такие определяющие включают индивидуальные социальные ресурсы.

Индивидуальные различия и способности

Не каждый подросток, подверженный стрессу, дает усиление соматических симптомов. Важно рассмотреть контекст, в котором проявляется стресс. Некоторые факторы изменяют воздействие стресса на здоровье и благополучие подростка. Эти модераторы включают индивидуальные и социальные ресурсы. Например, социальная компетентность – это индивидуальный ресурс, который изменяет эффект стрессора на подростка.

Стиль преодоления как медиатор связи между стрессом и заболеванием

Свидетельства, появившиеся в литературе по взрослым, указывают на то, что при высоких уровнях стресса персональные ресурсы влияют на будущее благополучие опосредовано через более адаптивные стратегии преодоления трудностей. Сходным образом, процесс преодоления может передавать отношение между негативными явлениями жизни и психосоматическими проблемами у подростков. Подростки с меньшими уровнями персональных ресурсов могут иметь менее эффективные стратегии преодоления, как жизненных стрессов, так и боли и других соматических симптомов. Таким образом, неэффективное преодоление может оказаться механизмом, связывающим стресс и соматические симптомы.

Поддержка сверстников

Поддержка сверстников оказывается буфером эффектов стрессоров на подростка. Несмотря на высокие уровни стресса, мальчики-подростки с высоким уровнем поддержки со стороны сверстников дают меньше психофизиологических симптомов при обращении в поликлинику, чем мальчики с высокими уровнями стресса без поддержки сверстников. Важ-

ность связи со сверстниками в подростковом периоде, благорасположение сверстников и их поддержка может быть важнейшим ресурсом помощи подросткам в успешной борьбе со стрессорами. Подростки, которые чувствуют себя социально изолированными или у которых имеются трудности в отношении со сверстниками, оказываются более ранимыми в отношении связанных со стрессом психосоматических проблем.

Семейная поддержка

Семейная поддержка также может изменять влияние стресса на здоровье подростка. Важно определить не только количество, но и природу поддержки, получаемой подростком со стороны его семьи. В семьях детей подростков с выраженными соматическими симптомами обычно наблюдается реакция родителей на симптомы их детей в виде внимания и особых привилегий, которые могут способствовать усилению симптомов и инвалидности. В этих семьях природа поддержки подростка может усилить зависимость связанной с ролью больного, при этом нарушая развитие компетентностей, необходимых для успешного преодоления стресса.

Когнитивная оценка

Одним из путей, когда индивидуальные и социальные ресурсы могут уменьшить воздействие стресса, это путь их влияния на индивидуальную интерпретацию или оценку стрессора. Оценка включает определение значимости и тяжести стрессора, а также сознаваемую способность его преодоления. Когда требования, связанные со стрессом осознаются как превосходящие имеющиеся ресурсы, могут быть триггерированы негативные эмоции и физиологические реакции, что может проявиться в соматических жалобах и необходимости обращения за медицинской помощью. Таким образом, подростки с низким уровнем компетентности и социальной поддержки могут оценить стрессоры как более угрожающие и их потенциал противостояния ниже, чем у подростков более компетентных и имеющих больший доступ к социальной поддержке.

Общие психосоматические симптомы

Подросток, оценивающий ситуацию как угрожающую, может проявлять разнообразие реакций организма в ответ на стрессовую ситуацию. Эти реакции организма могут осознаваться и трактоваться как дискомфорт или боль. Различные системы тела могут вызывать ощущения и симптомы, включая головокружение, усталость, укорочение дыхания и синкопе. Индивидуумы могут иметь отдельные органные системы, в которых их дискомфорт наиболее проявляется, такие как гастроинтестинальный тракт или мышечно-скелетная система. Например, у подростков, жалующихся на абдоминальную боль, может быть более высокая чувствительность желудочно-кишечной системы. Лабораторные ис-

следования показывают, что острые психологические стрессоры могут нарушать моторику желудка, тонкого и толстого кишечника у некоторых индивидуумов. Остается не ясным триггирует ли стресс нарушение моторики или стресс нарушает индивидуальную толерантность к некоторым соматическим ощущениям, которые другими расцениваются как нормальные и игнорируются.

Рекуррентная абдоминальная боль

Рекуррентная абдоминальная боль – это наиболее частая повторяющаяся соматическая жалоба среди детей и подростков. Пациенты с обычными желудочно-кишечными расстройствами, включая синдром раздражимого толстого кишечника (IBS) и диспепсии указывают, что при высоких уровнях стресса у них возникают множественные соматические жалобы, по поводу которых они часто обращаются за медицинской помощью. Последние данные указывают на то, что у детей и подростков с рекуррентной абдоминальной болью позднее может быть диагностирован IBS. Подростки и молодые взрослые с анамнезом в детстве рекуррентной абдоминальной боли могут продолжать проявлять более высокие уровни болезненного поведения, включая боль, другие соматические жалобы и функциональные расстройства, чем контрольные субъекты.

Головная боль

Головные боли – частая жалоба у детей и подростков и часто наблюдаются в ассоциации с абдоминальной болью. Головные боли мышечного напряжения, как эпизодические, так и хронические, являются наиболее часто встречаемыми. Субъекты с хроническими рекуррентными головными болями или мигренями, сосуществующими с головными болями напряжения, дают наиболее высокий уровень психологических дистрессов. Стрессоры, такие как супружеские проблемы родителей и распад семьи или развод, связаны с рекуррентными головными болями у подростков.

Боль в груди

Боль в груди у подростков часто вызывает озабоченность о наличии лежащего в основе их заболевания сердца, однако боль в груди у подростков редко бывает связана с сердечным заболеванием и чаще всего обусловлена идиопатическими причинами. Костохондрит и мышечно-скелетная боль-это наиболее часто поддающиеся идентификации причины боли в груди у подростков. Возбуждение и гипервентиляция могут быть связаны с болью в груди и другими соматическими жалобами. Стрессовые жизненные явления могут быть идентифицированы у многих подростков с болью в груди, несмотря на причину.

Мышечно-скелетная боль

Мышечно-скелетная боль встречается у до 20% детей и подростков. Исследования Cherry и его коллег показали, что стрессоры, связанные со школой, семьей и личными надеждами были обычными среди 100 пациентов (средний возраст 13 лет), обратившимися в ревматологический центр по поводу хронической мышечно-скелетной боли. Большинство пациентов реагировало на комбинацию физикальной и оккупациональной терапии, в совокупности с вмешательствами, направленными на лежащие в основе психосоциальные причины.

Хроническая усталость

Хроническая усталость может сопутствовать различным состояниям, включая психосоматические проблемы, депрессию и синдром хронической усталости. Синдром хронической усталости – это сложный симптом, состоящий из глубокой истощающей усталости, связанной с различными неспецифическими и конституциональными жалобами. Хотя причина синдрома хронической усталости у детей и подростков является мультифакториальной, стресс и психосоматические факторы играют определенную роль у некоторых пациентов.

Неспецифические симптомы

Другие неспецифические симптомы, включая головокружение, синкопе или усталости, часто оказываются связанными с семейными проблемами, стрессом, школьными проблемами и депрессиями у учеников старших классов школы, посещающих школьного врача.

Литература:

1. Безруких М.М. Здоровьесберегающая школа. – М., 2004.
2. Безруких М.М., Ефимова С.П. Как помочь ребенку с ослабленным здоровьем преодолеть школьные трудности. – М.: Новая школа, 1994.
3. Безруких М.М., Фарбер Д.А. Возрастная физиология: Физиология развития ребенка. – М.: Академия, 2003.
4. Воротилкина И.М. Оздоровительные мероприятия в учебном процессе // Начальная школа. – 2005. – № 4. – С. 72–75.
5. Вилюнас В.К. Психологические механизмы биологической мотивации. – М., 1986.
6. Вознесенская Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий. – М., 1997.
7. Вундт В. Простые чувства, аффекты, настроения// Хрестоматия по психологии. ЧеРо. – М., 2002.
8. Гамезо М.В., Домашенко И.А. Атлас по психологии. Информационно-методическое пособие к курсу «Психология человека». Педагогическое общество России. – М., 2004. – С.19.

9. Демьянов Ю.Г. Диагностика психических нарушений: Практикум.– СПб.:ИД «МиМ», ТОО «Респекс», 1999.
10. Детектор правды. Суггестивные технологии в творчестве полиграфолога-профессионала / Черепанова И., Петров А., Мягких С. – М.: «КСП+», 2004.
11. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания. Справочник. – М., 2003.
12. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология. – СПб.: Питер, 2003.
13. Каменская В. Г. Детская психология с элементами психофизиологии. – М., 2005.
14. Левитов Н.Д. Фрустрация как один из видов психических состояний//Хрестоматия по психологии. ЧеРо. – М., 2002.
15. Мотова Е. К., Моница Г. Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. – СПб.:Речь, 2002.
16. Маклаков А.Г. Общая психология. – СПб, 2003.
17. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005.

ГЛАВА 3. ДИАГНОСТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

3.1. Психологическая диагностика психосоматических расстройств

Основными методами психологической диагностики психосоматических расстройств является беседа и психологическое тестирование.

Беседа – сбор данных на основе вербальной коммуникации. Метод основан на получении информации в процессе двустороннего или многостороннего обсуждения интересующего исследователя вопроса.

Один из наиболее распространенных видов беседы – интервью – получение информации путем устных ответов респондентов на вопросы, задаваемые в устной форме.

По форме оно бывает:

- свободным (беседа без строгой детализации вопросов, но по общей программе: стройная стратегия в общих чертах, а тактика свободная);
- стандартизированным (с детальной разработкой всей процедуры, включая общий план беседы, последовательность вопросов, варианты ответов, стойкая стратегия и тактика).

В зависимости от целевого направления интервью разделяются на:

- диагностическое интервью – это метод получения информации общего содержания, направленный на «зондирование» (выявление) различных аспектов поведения, свойств личности, а также жизни вообще: выяснение интересов и склонностей, положения в семье и т.д. Оно может быть управляемым и неуправляемым (исповедальным);
- клиническое интервью – это метод терапевтической беседы, помогающий человеку осознать свои внутренние затруднения, конфликты, скрытые мотивы поведения.

В диагностике психосоматических расстройств наиболее используемым является диагностическое интервью.

Оно дает возможность собрать психосоматический анамнез, чтобы привести не осмысленные пациентом соматические симптомы в понятную смысловую связь с внешней и внутренней историей его жизни.

Первоочередная цель заключается в нахождении связей во времени между началом соматических проявлений и анамнестически достоверными жизненно важными изменениями или же в констатации их отсутствия. Если такие связи устанавливаются, то дальнейшая беседа должна прояснить, понимает ли сам пациент значимость для развития забо-

левания тех неприятностей, которые возникли у него в связи с конфликтами и кризами. Это предполагает знание личности пациента, условий его развития в детстве, конфликтов в процессе социализации, фиксации на них до последнего времени и уязвимости в отношении них с учетом ослабления актуальности прошлых переживаний.

При соматическом заболевании диагностическая беседа направлена на определение в первую очередь нынешнего внешнего и внутреннего состояния пациента. Что знает пациент о своем заболевании? Какое значение имеет оно для него сейчас и в его жизни в целом? Имеется ли у него свой взгляд, в соответствии с которым он сам, его родные, психотерапевты или кто-либо еще ответственны за это заболевание? Соответствует ли его знание о болезни, ее причинах и течении психотерапевтической оценке?

Чтобы знать, как действовать дальше, необходимо разобраться в особенностях личности пациента и истории его жизни, предшествовавшей болезни. Были ли у него в прошлом другие заболевания? Имеется ли неблагоприятная наследственность? Как он справлялся до сих пор с предыдущими заболеваниями и как справляется с нынешним? Имеются ли у него своя точка зрения на эти и сопоставимые с ними трудности, свое мнение об особых ситуациях, которые отдалили его от семьи и профессии? Может ли он поделиться с другими своими мыслями, страхами и чувствами, надеждами и отчаянием, которые его охватывают, когда он остается один?

Психолог (психотерапевт) должен учитывать вербальные и невербальные выражения пациента, он должен видеть и слышать. Уже в начале беседы информативными могут быть следующие факты и особенности: отношение пациента к договоренности о консультации, ранний приход или опоздание на прием, сообщение избыточной информации персоналу, вступительные комментарии, приход в сопровождении членов семьи или без них, одежда, прическа, выражение лица, мимика, жестикация, характер рукопожатия, где и как усаживается пациент, звук его голоса и выбор слов, разговорчив ли пациент, молчалив, вздыхает, раздражителен, враждебен, бунтарствует или доступен.

Пациент должен рассматриваться как «субъект», а не как «объект». Чем сильнее проявляется эмоциональность пациента в процессе заболевания, тем выше, как правило, и эмоциональная вовлеченность психотерапевта, который выступает в роли понимающего партнера.

Психологические тесты – это стандартизованные психодиагностические методы, предназначенные для изучения и оценки (как количественной, так и качественной) своеобразных свойств личности в ее переживаниях и поведении. Значение психологических тестов заключается в том, что они составлены таким образом, что с их помощью можно получить объективную оценку состояния пациента, независимую от субъективных мнений исследователей.

Используемые в диагностике тесты можно классифицировать по следующим группам:

Первая группа – тесты личности (личностные опросники). Каждый из таких опросников опирается на какие-либо теоретические положения о личности и ее проявлениях. Исходя из этих положений, строится предполагаемая модель исследуемого феномена, отбирается ряд диагностических признаков (например, психическая неуравновешенность, ассоциальность), формируется набор вопросов о поведении или предпочтениях обследуемого, позволяющих оценить степень выраженности указанных признаков. Обычно в опросниках для подсчета количества баллов используется такой критерий, как частота проявления того или иного признака.

Для изучения личностных особенностей психосоматических пациентов используются методика многофакторного исследования личности Р. Кеттела (16PF), ММРІ (СМИЛ), ПДО.

ММРІ – (миннесотский многопрофильный личностный опросник), авторы – американские психологи И. Маккинли и С. Хагэуэй, базируется на теории клинических типов. В классическом варианте имеет 10 клинических шкал (ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, мужественность-женственность, паранойя, психастения, шизофрения, гипомания, социальная интроверсия) и 3 шкалы, позволяющие повысить качество диагноза (достоверность, коррекция, ложь). При интерпретации конкретные данные обследуемого лица сравнивались с нормативными данными по параметрам, соответствующим ведущим симптомам в рамках той или иной нозологии. Другими словами, особенности каждого испытуемого определялись степенью выраженности тех или иных свойств, которые в их максимальном выражении соответствовали определенным клиническим симптомам. Каждая из шкал методики показывает, насколько выражены у данного индивида депрессия, ипохондричность и т.д. Эти клинические по своей сути определения и были приданы как названия соответствующим шкалам, измеряемым методикой. Такой принцип построения психологических методик часто используется психологами, которые представляют себе личностные особенности нормы как «разбавленную» патологию. При этом имеется в виду следующее: все то, что у психически здорового человека уравновешено и сглажено, у больного проявляется гротескно: резко и обнажено. Время показало условность нозологических границ, интерпретационный подход авторов ММРІ оказался устаревшим и не соответствующим реальности. Да и упрощенное отношение к норме (к понятию нормальной личности) также изменилось.

Именно это послужило основанием для модификации опросника ММРІ, и в настоящее время, отвечающим современным запросам теории и практики, является модифицированный и рестандартизированный опросник *СМИЛ* – стандартизированный многофакторный метод исследова-

дования личности (Л.Н. Собчик), который представляет собой новый, гораздо более дифференцированный подход, базирующийся на иной концептуальной и методологической основе. Адаптация и рестандартизация ММРІ в отечественных условиях проводилась Л.Н. Собчик в течение 1968-1984 гг. Большая работа проведена по переводу и адаптации текста утверждений, значимость некоторых из них имеет выраженные отличия, зависящие от культурно-этнических особенностей популяции. Методика содержит 566 вопросов-утверждений, в результате выявляется профиль СМІЛ, который дает при интерпретации портрет личности и показатели почти 200 дополнительных шкал, играющих уточняющую и второстепенную роль. Сокращенный вариант содержит 398 вопросов-утверждений. Он позволяет получить личностный портрет по базисным шкалам, но не дает информации по дополнительным шкалам. Опросники делятся на мужской, женский и подростковый варианты, которые отличаются лишь формой изложения некоторых утверждений. В связи с реадaptацией методики и расширением сферы ее применения, большинству базисных 10 шкал методики даны новые названия, соответствующие их психологической сущности: шкала невротического сверхконтроля; пессимистичности; эмоциональной лабильности; импульсивности; мужественности-женственности; ригидности; тревожности; индивидуалистичности; оптимистичности; социальной интroversии.

Многолетний опыт применения методики показал, что она не только обрисовывает патологически заостренные или измененные болезненным процессом индивидуальные особенности больного: она раскрывает канву психологически понятных переживаний и свойств личности нормального человека, что способствует дифференцированному к нему подходу в процессе обучения, профессионального самоопределения, социальной адаптации. Особенно эффективно использование опросника СМІЛ в целях индивидуализированной психологической коррекции состояний нервного срыва, вызванного той или иной критической ситуацией. Данные методики СМІЛ могут оказать значительную помощь при выявлении устойчивых профессионально важных личностных свойств. Методика получила широкое распространение среди психологов, социологов, педагогов и врачей, занимающихся семейным консультированием, изучением кадровых резервов, психологической совместности, проблемой менеджмента, спортивной психологии, в юриспруденции, армии, военной и гражданской авиации, в системе МВД, в сфере общего и высшего образования. Специалисты, занятые вопросами суицидологии, психотерапии, алкоголизма, психосоматики, судебной психолого-психиатрической экспертизы и дифференциальной диагностики используют данные СМІЛ в большей степени для выявления изменений, признаков регресса, социально-психологической дезадаптации

личности, чем для констатации психиатрического диагноза, хотя, в конечном итоге именно выявленные изменения личности и способствуют уточнению диагноза.

Обработка результатов опроса производится путем суммирования баллов по каждой школе («сырые» баллы), перевода их в стеньги и построения профиля СМИЛ – ломанной кривой, которая соединяет между собой количественные показатели десяти базисных шкал. Следует помнить о том, что количественные показатели методики не являются абсолютными: они должны рассматриваться в обобщенной совокупности данных об изучаемом человеке.

16 PF – (16 личностных факторов – Р. Кеттелл)

Тест основан на теории личностных черт. Построение опирается на предположение о том, что человеческий язык включает всё многообразие проявлений личности. Из 18 тыс. прилагательных, которые в английском языке могут быть отнесены к личности, выбирались качества, позволяющие описать наиболее различные сферы её проявления. На базе этих прилагательных выделяется 16 факторов обобщённых черт. Опросник предназначен для выявления и определения степени выраженности характерологических качеств личности в биполярных координатах:

1. А – добросердечность – отчуждённость.
2. В – мышление абстрактное – конкретное.
3. С – эмоциональная устойчивость – не устойчивость.
4. D – доминантность – подчинённость.
5. F – беспечность – озабоченность.
6. G – обязанность – безответственность.
7. H – смелость – робость.
8. I – мягкость – твёрдость характера.
9. L – подозрительность – доверчивость.
10. M – мечтательность – практичность.
11. N – проникательность – наивность.
12. Q – тревожность – безмятежность
13. Q₁ – радикализм – консерватизм.
14. Q₂ – самостоятельность – зависимость.
15. Q₃ – самоконтроль – импульсивность.
16. Q₄ – напряжённость – расслабленность.

Полный вариант опросника состоит из 187 вопросов, краткий – из 105 вопросов, на которые испытуемый в специальном бланке дает ответы, выбирая одну из трех альтернатив. По окончании тестирования подсчитываются баллы по каждому из 16-ти личностных факторов. Обработка результатов проводится идентично вышеописанному ранее: суммирование баллов по каждой шкале, получение «сырых» баллов,

перевод их в стены и вычерчивание графика-профиля с последующей интерпретацией.

Помимо основных 16 факторов, можно определить четыре фактора второго порядка: тревожность – адаптированность; интроверсия – экстраверсия; чувствительность – реактивная уравновешенность; конформность – независимость.

На основе качественного и количественного личностных факторов и их взаимосвязей могут быть выделены следующие блоки факторов:

1. Интеллектуальные особенности: факторы В, М, Q₁.
2. Эмоционально-волевые особенности: факторы С, G, I, O, Q₃, Q₄.
3. Коммуникативные свойства и особенности межличностного взаимодействия: факторы А, Н, F, E, Q₂, N, L.

Имеются детский и взрослый варианты опросника.

ПДО (психодиагностический опросник на выявление акцентуаций характера). Акцентуация – понятие, введенное К. Леонгардом и означающее чрезмерную выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, представляющую крайние варианты нормы, граничащие с психопатическими (патология характера, при которой у субъекта наблюдается практически необратимая выраженность личностных свойств, препятствующих его адекватной в социальной среде). Эти перечни вопросов (или утверждений) могут применяться как для самооценивания, так и для получения экспертных оценок.

Согласно Леонгарду, имеется 4 типа акцентуаций характера: демонстративный, застревающий, педантичный, возбудимый; 6 типов темперамента: оптимистичный, циклический, депрессивный, экзальтированный, тревожный, эмотивный; 2 стиля мышления: экстравертированный, интровертированный.

Состоит (тест) из утверждений, которые опрашиваемый должен принять («за») или отвергнуть («нет») как соответствующие или не соответствующие его поведению.

При обработке результатов учитываются лишь утверждения, на которые испытуемый ответил утвердительно. Далее в таблице по цифрам акцентуаций и номерам утверждений выявляется та или иная акцентуация характера.

Для изучения оценки пациентами своего самочувствия, активности и настроения используют тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН), построенный на принципах полярных профилей; для определения уровня тревожности как свойства психики и состояния пациентов – шкалу личностной и реактивной тревожности Спилбергера, адаптированную Ю.Л. Ханиным; для определения уровня нейротизма, а также показателей экстра- и интроверсии – личностный опросник Айзенка.

Для определения особенностей реагирования пациентов на заболевание рекомендуется личностный опросник Бехтеревского института – ЛОБИ (Личко, Иванов, 1980; Вассерман и др., 1990) в сочетании с опросником для изучения самооценки социальной значимости болезни (Михайлов и др., 2002).

Особое положение среди психологических тестов занимают проективные диагностические методы. Проективные методики представляют собой специальную технику клинко-экспериментального исследования тех особенностей личности, которые наименее доступны непосредственному наблюдению или опросу. В основе лежит принцип психологической проекции, согласно которому испытуемый проецирует, т.е. отражает (или выражает) на достаточно неструктурированный (неупорядоченный) стимульный материал (цвета, пятна неопределенной формы и др.) свои неосознаваемые или скрываемые потребности, комплексы, вытеснения, мотивы. Подобное проецирование проявляется в виде субъективного материала или придания ему личностного смысла.

Различают следующие группы проективных методик:

1. Методики дополнения. Стимульный материал:

- набор слов – стимулов. От респондентов требуется назвать слова, которые «приходят на ум» в связи с услышанным словом (ассоциативный тест К.Г. Юнга).

- набор неоконченных предложений или неоконченный рассказ, которые требуют завершения («Неоконченные предложения»).

- вопрос, на который необходимо дать определенное количество ответов («Кто Я?»).

2. Методики интерпретации. Стимульный материал-набор картинок, фотографий. От респондента требуется составить рассказ (ТАТ, САТ) по предложенным картинкам; ответить на вопросы по предложенным ситуациям на картинках (тест фрустрации Розенцвейга, тест Р. Жилия); отобрать приятные – неприятные картинки-фотографии (тест Сонди).

3. Методики структурирования. Малоструктурированный стимульный материал (толкование случайных форм Г. Роршаха).

4. Методики изучения экспрессии (анализ почерка, особенностей речевого поведения).

5. Методики изучения продуктов творчества. Предметом интерпретации является рисунок, который рисует респондент («Дом, Дерево, Человек», «Несуществующее животное», «Рисунок семьи» и т.п.).

6. Методики конструирования: тест Мир и его многообразные модификации.

7. Методики катарсиса: психодрама, игра проективная (=> тест катарсический);

8. Методики изучения импрессии: предпочтение одних стимулов, как наиболее желательных, другим (тест Люшера) (=> тест импрессивный).

Наиболее используемыми в клинической практике являются тест Роршаха, Люшера, С.Розенцвейга.

Психологические тесты могут дополнить, но никак не заменить общую диагностику. В индивидуальной клинической диагностике они имеют вспомогательное значение. Роль тестов в психосоматических исследованиях возрастает, если они проводятся среди большого числа пациентов, т. к. здесь используются систематические и сопоставимые для всех пациентов данные.

3.2. Психофизиологическая диагностика

Биологическая обратная связь. Психотерапия с применением биологической обратной связи

Принцип обратной связи является основным и универсальным принципом управления различными системами. На его основе построена работа привычных для нас бытовых приборов – холодильника и утюга. В них обратная связь используется для поддержания определенной температуры. Физиологические и психические процессы в человеческом организме формируются по этому же принципу.

Сущность биологической обратной связи (БОС) состоит в создании дополнительного канала информации о вегетативных функциях и управление этими функциями на его основе. Это стало возможно сравнительно недавно, когда появились электронные приборы позволяющие давать такую информацию (минимальные изменения какого-либо физиологического показателя в режиме реального времени).

История биологической обратной связи

Собственно термин “biofeedback” появился в США в конце 60-х годов. Но еще в 30-е годы во время физиологических исследований было обнаружено, что животные, в частности крысы, способны изменять показатели функционирования внутренних органов, если поощрять динамику нужного направления и наказывать при нежелательных изменениях. Таким способом удавалось обучить животное вырабатывать определенное количество желудочного сока, поддерживать заданную величину артериального давления, число сердечных сокращений и т.д. В последующем такие исследования проводились и с людьми, причем было обращено внимание на то, что человеку для закрепления желаемых реакций не обязательно получать поощрение или наказание, а достаточно иметь в режиме реального времени информацию о минимальных изменениях выбранного показателя.

Первые публикации в 40-х годах описывали испытуемых, способных произвольно изменять уровень своей сердечной деятельности. Позднее проводились исследования возможности использовать миограмму в качестве параметра для обучения общему расслаблению и лечения болей нервно-мышечного происхождения. В конце 70-х и начале 80-х стали изучать проблему применения температурной и электроэнцефалографической биологической обратной связи для лечения различной патологии. Последнее время в этой области достигнуты определенные успехи и исследования продолжают.

Характеристика психотерпии с биологической обратной связью

В психотерапии с биологической обратной связью присутствует как релаксационный, так и поведенческий компоненты. Использование биологической обратной связи для релаксации называют психорелаксационной терапией с использованием принципа биологической обратной связи или адаптивное биоуправление, БОС-метод психотерапевтического лечения, аппаратный аутотренинг.

В основе биологической обратной связи лежит наличие зависимости между вегетативными и психическими функциями. При БОС большой через датчик, преобразующее и регистрирующее устройство получает информацию о минимальных изменениях какого-либо своего физиологического показателя (мышечное напряжение, температура тела, электрическое сопротивление кожи, уровень артериального давления и многие др.), связанного с эмоциональным состоянием, и старается изменить его в заданном направлении, что позволяет ему приобрести и развить навыки направленной саморегуляции, тем самым повлиять на течение патологического процесса.

Различают два основных вида биологической обратной связи: прямая и непрямая.

«Прямая» БОС осуществляется по той физиологической функции, которая нарушена при данном заболевании и является основным его проявлением (например, по уровню артериального давления при гипертонической болезни),

«Непрямая» БОС по показателям, изменение которых не является специфичным для данного заболевания.

Самыми распространенной из них являются БОС по температуре и электрическому сопротивлению кожи. Связано это с тем, что они хорошо отражают уровень психоэмоционального напряжения человека. Возрастание напряжения приводит к снижению температуры и сопротивления кожи, а расслабление – к повышению этих показателей.

Современные компьютерные системы автоматизации биологической обратной связи позволяют в качестве параметра управления использовать

практически любой из показателей работы организма (число сердечных сокращений, дыхательных движений, уровень артериального давления, скорость распространения пульсовой волны, электрическое сопротивление кожи, характеристики электрокардиограммы и энцефалограммы).

Существуют аппараты для регистрации одного и одновременно нескольких физиологических характеристик. Отдельные исследователи считают, что более эффективна много параметрическая БОС. Для ее проведения разработаны программно-аппаратные комплексы на базе персонального компьютера. Существуют компьютерные программы, позволяющие обучаться саморегуляции в процессе интересной игры.

Роль аппарата в этом методе велика, но не стоит игнорировать заслуги психолога. Так психотерапевт сам является важным звеном биологической обратной связи и активно влияет на ход обучения. И от его мастерства во многом зависят результаты проводимого тренинга, а прибор, помимо представления информации, является вспомогательным средством установления терапевтических отношений. И именно эти отношения помогают пациенту развиваться, изменить свое поведение.

На первом подготовительном этапе психолог в беседе мотивирует пациента на участие в тренинге, вселяет надежду в успешность занятий, объясняет больному сущность метода, механизм его работы, дает представления о патологическом процессе, происходящем в организме и почему лечение будет эффективным в данном случае.

В процессе тренировки психотерапевт, имея информацию о пациенте от прибора и от него самого, помогает больному лучше использовать полученные данные. Психолог дает советы и указания по тому, как нужно себя вести, экспериментировать, искать наилучшие пути управления своими функциями. При наличии первых минимальных результатов и даже при их отсутствии фиксирует внимание больного на его успехах.

Еще больше повышается роль психотерапевта, когда пациент освоил метод в условиях кабинета и переходит к следующему этапу применения своих навыков в повседневной жизни. В этой ситуации основной упор делается на развитие у пациента активного отношения к процессу лечения, повышении ответственности за себя и свое здоровье.

Преимуществами этой терапии является сознательное активное участие пациентов в лечебном процессе, безопасность и безвредность метода, крайняя редкость побочных эффектов, однако врачу следует быть готовым столкнуться с ними.

Механизмы действия БОС

Обнаружено, что в процессе занятий с биологической обратной связью развиваются физиологические и биохимические реакции, противоположные тем, что возникают при стрессе: усиливается б-ритм голов-

ного мозга; снижается уровень артериального давления, урывается число сердечных сокращений, уменьшается периферическое сопротивление сосудов, потребление кислорода; снижается электрическая активность мышц, уровень катехоламинов, кортизола, ренина и холестерина в плазме крови. Дополнительно происходит усиление активности эндогенной опиоидной системы и снижение сосудистой реактивности.

Таким образом, БОС способствует улучшению способностей человека противостоять стрессу. Большая роль при этом отводится резервным возможностям больного, его способности преодолеть заболевание.

В ходе биологической обратной связи пациент является активным участником своего лечения, что способствует активации естественных скрытых резервов организма. Во время занятий появляется осознания психологических механизмов болезни и их обратного развития. Успешная деятельность по саморегуляции улучшает самочувствие, способствует повышению самооценки за счет чего расширяются возможности и улучшается адаптивность. Больные видят, что их усилия являются полезными и становятся оптимистичнее. В свою очередь, рост положительных эмоций стимулирует мотивационные процессы, а осуществляемая деятельность становится более результативной. Высокая результативная тренировок еще больше повышает самооценку и так далее.

В конечном итоге, в ходе БОС снижается фиксация на своих переживаниях, уменьшается ипохондричность, агрессивность, увеличивается вера в свои возможности, улучшается настроение.

Эффективность биологической обратной связи

К настоящему времени доказана эффективность биологической обратной связи при лечении многих функциональных нарушений (в том числе головных болей, нарушений сна и т.п.), а также целого ряда психосоматических заболеваний. В частности, было показано, что БОС при лечении такого широко распространенного заболевания, как гипертоническая болезнь, позволяет добиваться достоверного снижения уровня артериального давления, приводит к улучшению прогноза заболевания. Научно доказана также эффективность применения биологической обратной связи при лечении желудочно-кишечных (гастриты, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) и спастических бронхо-легочных заболеваний. Выбор адекватной программы управления своим состоянием позволяет больному переориентировать свой внутренний мир и тем самым корригировать депрессивные и навязчивые состояния, гиперактивное поведение, блокировать страх и напряжение.

Хороших результатов удалось добиться при лечении с помощью БОС пограничных психических расстройств. Успешное обучение дает воз-

возможность больным с тревожными состояниями повысить самообладания, улучшить адаптацию к внешним условиям.

Литература:

1. Андросенко М.Э. Лекции по общей психологии для студентов психологического факультета МПСИ. – 2005-2006 г.
2. Вознесенская Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий. – М., 1997.
3. Вундт В. Простые чувства, аффекты, настроения//Хрестоматия по психологии. ЧеРо – М., 2002.
4. Демьянов Ю.Г. Диагностика психических нарушений: Практикум.– СПб.:ИД «МиМ», ТОО «Респекс», 1999.
5. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания. Справочник. – М., 2003.
6. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология. – СПб.: Питер, 2003.
7. Ивонин, Е.И. Попова, В.Т. Шуваев. Метод поведенческой психотерапии с использованием биологической обратной связи по кожно-гальванической реакции (КГР-БОС) при лечении больных невротическими фобическими синдромами. БОС – №1. – 2000, С.36-37.
8. Инструментальная «детекция лжи»: академический курс / С.И Оглоблин, А.Ю. Молчанов. – Ярославль.: Ньюанс, 2004.
9. Каменская В.Г. Детская психология с элементами психофизиологии. – М., 2005.
10. Маклаков А.Г. Общая психология. – СПб, 2003.
11. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005.
12. Слюсарева Е.С., Козловская Г.Ю. Методы психологической диагностики. – Ставрополь, 2009.
13. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. – М., 2006.
14. Эгоскопия – новый метод диагностики смысло-физиологических паттернов на основе пиктополиграфического подхода. Скоморохов А.А, Захаров С.М., Юрьев Г.П. // Сборник трудов Всероссийской научно-технической конференции «Медицинские информационные системы «МИС-2006». – Таганрог, 2006. – С. 20-23.

ГЛАВА 4. ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Прогрессирующая тенденция непрерывного роста различных проявлений соматических расстройств детей и подростков ставит перед обществом в качестве одной из основных задач необходимость концентрации усилий, направленных не только на борьбу с последствиями отклонений от норм, но и, главным образом, на их предупреждение, т.е. устранение коренных причин и условий, прямо или опосредованно оказывающих отрицательное воздействие на поступки и действия человека. При этом, значимость профилактических мероприятий становится эффективнее, если они научно обоснованы, исходят из всестороннего учета взаимодействия объективных и субъективных факторов, детерминирующих поведение личности в уже сложившейся или возможной, прогнозируемой жизненной ситуации.

Психопрофилактика – это комплекс мероприятий, направленных на предотвращение у людей возникновения заболеваний, их обострений, социально – психологической и личностной дезадаптации.

Психопрофилактика может быть первичной, вторичной и третичной.

Первичная психопрофилактика заключается, прежде всего, в просвещении населения о причинах психических расстройств, отклонений в психическом развитии и адаптации, что позволяет людям организовывать здоровый образ жизни и своевременно обращаться к специалистам за консультацией в ситуациях, создающих повышенный риск заболеваний.

Для проведения первичной психопрофилактики психологу необходимо ориентироваться в таких понятиях, как норма, патология, психическая болезнь, предболезненное состояние и ситуации повышенного риска.

Психическая норма человека характеризуется соответствием его образов восприятия объектам действительности, адекватными формами эмоционального и интеллектуального реагирования на реальные обстоятельства, способностью менять свои формы поведения в соответствии с изменениями условий существования и реализацией своих потребностей без ущерба для других детей и себя. Адаптация к жизненным обстоятельствам носит динамический характер и осуществляется за счет использования уже сформированных психических процессов, состояний, умений и навыков (по Ж. Пиаже) за счет собственной социально – психологической и личностной реконструкции и за счет активной перестройки окружающей среды. Конечный итог такой адаптации – установление адекватных равновесных отношений между личностью и средой без разрушения того и другого. Личность, которая полноценно при-

способливается к любым условиям жизни без каких-либо признаков дезадаптации, может считаться идеальной нормой. Но практически таких людей не бывает. Возможно введение статистически средней психической нормы, когда у людей имеются отдельные отклонения от идеальной нормы, но они не нарушают адаптивных возможностей человека («практически здоров»). У человека может быть большая, чем у других людей, генетическая или индивидуальная предрасположенность к определенному заболеванию, но он не болен, что также дает основание считать его состояние «конституциональной нормой» (С. Б. Семичов).

Личность может эмоционально напряженно, но практически нормально функционировать без признаков патологии и в ситуациях повышенного риска, например, при экстремальных ситуациях, при резкой ломке жизненных стереотипов, установок. Или это может наблюдаться при более длительных периодах повышенного риска (например, при возрастных кризисах, при длительных неблагоприятных условиях жизни и т.п.). Такая функциональная норма может расцениваться как предпатология. (С.Б. Семичов)

С того периода, когда нормальное функционирование личности становится невозможным из – за отдельных признаков дезадаптации, но болезнь еще не сформировалась, начинается состояние предболезни. Это уже не норма, а патология, и развитие заболевания уже становится в высокой степени вероятным.

Из сказанного следует, что психологическая поддержка и психологическая коррекция становятся особенно необходимыми в периоды предпатологии и предболезни, т.к. такая работа может вернуть клиента в границы его оптимальной психической нормы и предотвратить развитие заболевания. В то же время психопрофилактическая работа с населением способствует устранению у людей необоснованной тревоги относительно состояния их здоровья (раскрывая широкий диапазон понятия «норма»), позволяет снять чувство страха перед обращением к психологу, психотерапевту, психиатру. Кроме того, первичная психопрофилактика обеспечивает возможность для более ранней диагностики отклонений в психической деятельности детей, а значит, облегчает задачу оказания им более эффективной помощи.

Вторичная психопрофилактика направлена на работу с уже заболевшими людьми для предотвращения неблагоприятного течения болезни, неадекватного реагирования на нее пациента (предупреждение у больного установки на инвалидность).

Каждая болезнь имеет свою причину, механизм формирования, типичную для нее симптоматику, варианты течения и исход. Психопрофилактика имеет первостепенное значение для предотвращения психогенных заболеваний, т.е. возникающих вследствие психических травм. Для

установления психогенной природы заболевания важно установить наличие трех показателей:

1. Заболевание начинается во время или сразу же вслед за действием психической травмы.

2. Содержание переживаний отражает сюжет психотравмирующего события и не выходит за его пределы.

3. По мере отдаления во времени от момента психотравмы постепенно гаснет интенсивность переживания.

Тяжелые жизненные ситуации встречаются в жизни каждого человека, но не у каждого вследствие психических травм развивается заболевание. В.Н. Мясищев считал, что психогенные заболевания возникают тогда, когда переживание дефекта не может быть нейтрализовано личностью пациента. Т. е. психогенные болезни возникают не потому, что есть тяжелая ситуация, а потому, что есть определенное личностное отношение к этой ситуации.

Таким образом, необходимо работать в направлении мобилизации жизненных сил и психических ресурсов ребенка с проблемами в развитии.

Третичная психопрофилактика проводится среди людей, имеющих инвалидность и направлена на борьбу с самоизоляцией, со стремлением отделиться от здоровых людей.

Особо касается людей, получивших инвалидность в связи с врожденными или приобретенными тяжелыми психическими или соматическими заболеваниями; сенсорной, двигательной, речевой или интеллектуальной недостаточностью.

У детей, имеющих инвалидность с детства, постепенно формируется привычка жить в искусственном мире, создаваемом лечебно – коррекционными и специальными учебными учреждениями. Несмотря даже на самые продуктивные усилия специалистов для максимального развития адаптивных возможностей детей, такой мир не смоделирует всех вариантов отношений и проблем за его пределами и не может заменить уюта и теплоты собственного дома, взаимопонимания, поддержки и заботы друг о друге в лоне своей семьи.

Основная проблема состоит в необходимости включения этих детей в активную общественную жизнь, в развитии у них чувства самодостаточности и реалистичных перспектив дальнейшего существования в мире, умение жить со своими особенностями, выстраивая адекватные отношения с окружающими людьми.

В рамках работы с детьми, имеющими психосоматические расстройства, профилактика предполагает:

- раннее вмешательство в коррекцию клинико-биологических нарушений у ребенка;

· коррекцию семейных отношений, физических и эмоциональных связей, определение детско-родительских границ.

В настоящее время, как в науке, так и в практической деятельности сформировались определенные исходные взгляды на проблему в целом и основные подходы к выбору конкретных направлений работы.

В концептуальном плане среди них можно выделить, прежде всего, информационный подход. Он основывается на широко распространенном представлении: отклонения от норм в поведении людей происходит потому, что они не знают о причинах, которые их вызывают. Такая точка зрения уже сама по себе предопределяет направление профилактических действий и выбор средств, форм и методов их осуществления, а именно: информирование людей о причинах, влияющих на формирование психосоматических расстройств, формах и методах их предупреждения с широким применением средств массовой информации, публикаций периодической печати и др.

В центре информационного подхода лежит пропаганда здорового образа жизни: благоприятное влияние на детей, имеющих психосоматические расстройства, оказали бы целевые выпуски телесюжетов, радиопередач, научно-пропагандистских печатных изданий. Однако вряд ли можно абсолютизировать значение информированности на образ действий человека и его поведение в той или иной реальной жизненной ситуации, потому что знание или незнание норм здоровья конкретной личностью не является единственным условием обязательного следования требуемым правилам или уклонения от них.

Как уже было отмечено, в реальной жизни порой складываются социальные условия и обстоятельства, когда человек, тем более ребенок, не в силах противостоять им. Среда и условия могут оказаться основным фактором, формирующий образ действий человека, характер его поведения. Такая точка зрения на природу психосоматических расстройств определяет сущность и содержание профилактических мероприятий.

Среди основных направлений профилактики психосоматических расстройств особое место занимает медико-биологический подход. Его сущность состоит в предупреждении возможных отклонений от норм целенаправленными мерами лечебно-профилактического характера по отношению к лицам, страдающим различными психосоматическими расстройствами, т.е. патологией на психобиологическом уровне. При этом следует иметь в виду, что подобный метод не исключает, а лишь дополняет предыдущие подходы, поскольку в данном случае речь идет о профилактике не биологических отклонений, а социальных, хотя зачастую и связанных с психическим состоянием ребенка, что подтверждается специальными исследованиями.

Такое сложное переплетение биологических элементов с другими факторами, оказывающими влияние на поведение детей, страдающих психосоматическими расстройствами, обуславливает необходимость сочетания средств как медицинского воздействия, так и психолого-профилактических мероприятий.

Чем глубже ребенок осознает самого себя, свои интересы, способности, отношения, переживания, тем более четкими формируются у него представления о дальнейших перспективах своего жизненного пути, тем меньше он подвержен стрессу. Но не всегда ребята способны применить знания о себе в жизни. Поэтому важно обучать детей использовать свои знания в конкретных ситуациях. Дети подросткового возраста более всего нуждаются в психологической поддержке, так как это период перехода от детства к взрослому состоянию. В течение этого краткого астрономического времени подросток проходит в своем развитии большой путь: через внутренние конфликты с самим собой и другими, через внешние срывы и колоссальные достижения он вступает на порог юности.

В структуре личности подростка нет ничего устойчивого, окончательного, неподвижного, что и порождает противоречивые желания и поступки. Моральные ценности, качества личности становятся для них предметом самовоспитания. Подросток постепенно осознает себя как личность. В связи с этим порождается потребность в отчуждении от всего привычного (заново оценивает свои отношения с семьей, сверстниками). Он нацелен на поиск новых продуктивных форм общения с теми, кого он любит и уважает, на открытие самого себя. Часто в отрочестве подросток обретает не чувство взрослости, а чувство возрастной неполноценности, погружаясь при этом в состояние психологического кризиса. Субъективно – это тяжелые переживания. Но, тем не менее, кризис отрочества обогащает подростка знаниями и чувствами, которые помогают ему пройти трудную школу идентификации, научиться преодолевать кризисные этапы в своей жизни и отстаивать свое право быть личностью. Поэтому именно на этом этапе развития учащихся необходимо определить методические подходы к работе с подростками. Целесообразнее всего использовать социально-психологический практикум, так как он позволяет использовать различные методы и приемы влияния на личность подростка. Занятия позволяют ребятам не только получать определенную информацию, но и овладеть навыками, необходимыми для поведения в трудных ситуациях, научиться выбирать соответствующий антикризисный, конструктивный вариант поведения.

Что может быть противопоставлено стрессу?

Обратимся к активным способам повышения общей устойчивости человеческого организма. Их можно попытаться разделить на три группы:

- Первая группа включает способы, использующие физические факторы воздействия – это физическая культура, закаливание организма, бег трусцой и т.д.
- Вторая группа – аутогенная тренировка, психотерапия, гипноз.
- Третья группа способов повышения общей устойчивости организма связана с биологически активными веществами.

Аутогенная тренировка

Аутогенная тренировка (И. Шульц) занимает видное место в арсенале способов лечения психосоматических заболеваний.

В основе аутогенной тренировки (АТ) лежит самовнушение. Действие самовнушения возможно лишь при определенных физиологических условиях мышечного расслабления и некоторого снижения уровня бодрствования мозга, в связи с чем формируются так называемые «зоны рапорта», дающие возможность активного применения словесных формулировок. Мышечная релаксация вызывает расширение сосудов, ослабление бодрствования, в результате чего самоинструкция получает на фоне тормозной коры необходимое влияние на всю кору, на вегетативные отделы ствола мозга, на ретикулярную формацию, на нижележащие элементы и на весь организм в целом. Этим объясняется возможность с помощью аутогенной тренировки при соответствующем опыте обучения повлиять как на психологическое состояние человека (например, улучшить настроение), так и вегетативно – сосудистые проявления, регуляцию артериального давления и на энергетический уровень организма. АТ можно использовать не только как самостоятельную психотерапевтическую методику, но и сочетать с другими методами.

Классическая методика аутогенной тренировки по методу J. Schultz включает шесть основных упражнений. Первое упражнение имеет целью способствовать полному расслаблению мышц всего тела (максимально глубокому и полному); второе вызывает ощущение тепла в руках и ногах; третье направлено на произвольную регуляцию ритма сердечной деятельности; четвертое воздействует на ритм и глубину дыхания; пятое вызывает ощущение тепла в области живота; шестое – ощущение прохлады в области головы. Все упражнения выполняются с помощью специально разработанных словесных формул самовнушения.

Обучающий курс аутогенной тренировки включает:

- I. Общее успокоение.
- II. Достижение мышечной релаксации с внушением ощущения тяжести.
- III. Вызывание ощущения тепла в конечностях.
- IV. Вызывание ощущения тепла в солнечном сплетении.
- V. Овладение регуляцией ритма и частоты дыхания.

VI. Овладение регуляцией ритма и частоты сердечных сокращений.

VII. Мобилизующие упражнения.

VIII. Общее укрепление эмоционально-волевой сферы.

Занятия проводятся в помещении, где ничто не отвлекает внимания. Для достижения состояния максимального расслабления рекомендуются три основные позы: положение сидя в «позе кучера»; так называемая «пассивная поза»; положение лежа на спине. В «позе кучера» пациент сидит на стуле, голова слегка опущена, предплечья свободно лежат на передней поверхности бедер, кисти свешены и расслаблены, ноги удобно расположены.

Пассивная поза, или поза «полусна в кресле», или «поза полулежа в кресле»: пациент сидит в мягком удобном кресле с высокой спинкой и подлокотниками. Спинка кресла высокая и отклонена назад. Затылок и спина удобно и мягко опираются о спинку кресла, руки расслаблены, лежат на подлокотниках, ноги удобно умеренно расставлены.

Положение лежа на спине предусматривает достижение максимального комфорта: пациент лежит на ровной, умеренно мягкой поверхности, руки свободно лежат вдоль туловища, под головой расположен небольшой мягкий валик, ноги вытянуты и немного разведены носками наружу. Под колени также рекомендуется подложить валик.

Положение сидя обычно используется для групповой терапии; положение лежа рекомендуется при индивидуальных занятиях. После того как пациент занял необходимую позу, начинается собственно аутогенная тренировка, во время которой пациент мысленно произносит в определенной последовательности соответствующие формулировки. Для разных заболеваний разработаны соответствующие схемы лечения, определяемые терапевтом в каждом конкретном случае.

Терапевт произносит основные словесные формулы, затем делает паузу продолжительностью 5–7 с, во время которой пациент мысленно повторяет формулу и вызывает у себя образное представление о произнесенном.

Упражнения (словесные формулы), направленные на общее успокоение (цит. по В. С. Лобзин, М. М. Решетников. Аутогенная тренировка):

I. Я совершенно спокоен (вспомните приятное чувство покоя, испытанное вами когда-либо ранее).

II. Меня ничто не тревожит (вспомните чувство приятного, безмятежного покоя).

III. Все мои мышцы приятно расслаблены для отдыха (почувствуйте это расслабление, это несложно).

IV. Все мое тело полностью отдыхает (вспомните чувство приятного отдыха и расслабления, когда тело лежит в теплой ванне).

V. Я совершенно спокоен (повторить п. 1).

Упражнения, направленные на достижение мышечной релаксации:

I. Я чувствую приятную тяжесть в правой руке (представьте, что правая рука, как полый сосуд, наполняется свинцом, тяжелеет все больше и больше).

II. Чувство тяжести в моей правой руке все больше и больше (рука все больше и больше тяжелеет, тяжесть наполняет всю руку).

III. Моя правая рука очень тяжелая (продолжайте удерживать образное представление тяжести).

IV. Приятная тяжесть наполняет мои руки и ноги (представьте, как обе руки и ноги тяжелеют).

V. Чувство приятной тяжести во всем теле все больше и больше нарастает.

VI. Все мое тело очень тяжелое (почувствуйте тяжесть во всем теле и зафиксируйте это приятное ощущение расслабления и тяжести).

VII. Все мое тело расслабленное и тяжелое.

Упражнения, направленные на достижение ощущения тепла в конечностях:

I. Я чувствую приятное тепло в правой руке (представьте, что вы погружаете правую руку в очень теплую, почти горячую воду).

II. Кровеносные сосуды правой руки слегка расширились (вспомните, как краснеет рука, когда ее погружают в горячую воду: это расширяются кровеносные сосуды, кровь приливает к руке).

III. Горячая кровь согрела мою правую руку (повторите уверенно, почувствуйте это).

IV. Приятное чувство тепла разлилось по моей правой руке (еще раз представьте, как появляется чувство тепла при погружении руки в почти горячую воду).

V. Правая рука вплоть до кончиков пальцев стала горячей (зафиксируйте это ощущение).

VI. Я расширяю сосуды моей правой руки (повторите формулу еще раз).

VII. Я могу это сделать – расширить сосуды в любом другом органе (повторите уверенно, продолжайте удерживать чувство тепла).

VIII. Я чувствую приятное тепло в левой руке.

IX. Моя левая рука теплая.

X. Я чувствую приятное тепло в обеих ногах.

XI. Мои ноги теплые.

XII. Приятное тепло разливается по всему моему телу.

Упражнения, направленные на вызывание ощущения тепла в солнечном сплетении:

I. Мое солнечное сплетение излучает тепло.

II. Приятное ощущение тепла пронизывает все внутренние органы.

III. Ощущение тепла в солнечном сплетении все больше и больше нарастает.

IV. Это расширяются кровеносные сосуды моего солнечного сплетения.

V. Приятное тепло наполняет все внутренние органы.

VI. Я расширяю сосуды солнечного сплетения.

VII. Я могу это сделать – расширить сосуды в любом другом органе.

Упражнения, направленные на овладение регуляцией ритма и частоты дыхания.

I. Я совершенно спокоен.

II. Мое дыхание замедляется.

III. Мое дыхание спокойное.

IV. Дышу ритмично, ровно.

V. Мое дыхание ровное, теплое.

VI. С каждым вдохом я все больше и больше успокаиваюсь.

VII. Я совершенно спокоен.

Формулы упражнений, направленных на овладение регуляцией ритма и частоты сердечных сокращений:

I. Я совершенно спокоен.

II. Сердце бьется ритмично, спокойно.

III. Мое сердце отдыхает.

IV. Мое сердце бьется ровно, ритмично.

V. Приятное чувство отдыха и покоя охватило весь мой организм.

VI. Мой пульс замедляется, мое сердце отдыхает.

VII. Я совершенно спокоен.

Полный курс лечения методом аутогенной тренировки, его продолжительность, последовательность и количество занятий определяются врачом, имеющим соответствующую подготовку.

Психотерапия представляет собой систему лечения болезней с помощью средств психического воздействия. Существует множество способов и методов психотерапии, однако все они могут быть разделены на три основные группы:

– рациональную психотерапию;

– суггестивную (суггестия – внушение) психотерапию;

– аналитическую психотерапию (психоанализ).

Рациональная (рассудочная) психотерапия основана на способах разъяснения и логических выкладках, адресована к интеллекту человека.

Суггестивная психотерапия предусматривает воздействие на пациента с помощью внушения. Внушение может быть прямым и косвенным, может проводиться в состоянии бодрствования и в состоянии гипноза.

Гипноз

Представляет особое состояние человека, вызываемое с помощью внушения и характеризующееся повышением восприимчивости к психологическому воздействию гипнотизируемого и понижением чувствительности ко всем другим влияниям.

Релаксация

Автоматическая реакция тревоги состоит из трех последовательных фаз (согласно теории Г. Селье):

- импульс;
- стресс;
- адаптация.

Иными словами, если наступает стресс, то вскоре стрессовое состояние идет на убыль – человек так или иначе успокаивается. Если же адаптация нарушается (или вообще отсутствует), то возможно возникновение некоторых психосоматических заболеваний или расстройств.

Следовательно, если человек хочет направить свои усилия на сохранение здоровья, то на стрессовый импульс он должен осознанно отвечать релаксацией. С помощью этого вида активной защиты человек в состоянии вмешиваться в любую из трех фаз стресса. Тем самым он может помешать воздействию стрессового импульса, задержать его или (если стрессовая ситуация еще не наступила) ослабить стресс, предотвратив тем самым психосоматические нарушения в организме.

Релаксация – это метод, с помощью которого можно частично или полностью избавляться от физического или психического напряжения. Релаксация является очень полезным методом, поскольку овладеть ею довольно легко – для этого не требуется специального образования и даже природного дара. Но есть одно неперемнное условие – мотивация, т.е. каждому необходимо знать, для чего он хочет освоить релаксацию.

В профилактике психосоматических расстройств у подростков активно используется релаксация по методу Джекобсона. Цель метода – произвольное расслабление поперечно – полосатых мышц в покое. Обучение этому методу проводится в три шага.

Первый шаг – обучении осознавать и чувствовать даже слабое мышечное напряжение и целенаправленно расслаблять мышцы-сгибатели.

Второй шаг – обучение дифференцированной релаксации. Например, тренировать расслабленные мышцы в процессе чтения, письма и других занятий, в положении сидя расслаблять мускулатуру.

Третий шаг – подростка обучают наблюдать за собой в повседневной жизни и отмечать, какие мышцы напрягаются при волнении, стра-

хе, тревоге, смущении. Рекомендуется целенаправленно уменьшать, а затем снимать локальное напряжение мышц.

Второй этап – успокаивающий, в процессе которого используется вербально-музыкальная психокоррекция с целью снятия психического напряжения. Многочисленные исследования психологов показали, что сильное физиологическое воздействие на организм оказывают известные классические и народные мелодии.

Детям предлагается удобно расположиться в кресле, закрыть глаза и расслабиться, слушая музыкальное произведение.

Не рекомендуется, чтобы занимающиеся засыпали на занятии, что наблюдается у высоковнушаемых детей и подростков. Им можно предложить зрительно-музыкальные стимулы, также направленные на снятие напряжения и создание позитивных установок на последующее занятие. С этой целью используются специально подобранные изображения природы (лес, море, морской прибой и др.), которые представляются на экране на фоне социальной расслабляющей музыки.

После каждого занятия детям предлагаются карточки с изображением лица с различной мимикой. Ребенок выбирает карточку, которая соответствует его настроению после занятия и отражает свое настроение в пятибалльной оценке.

Успокаивающий этап, как правило, длится от 2 до 7 занятий. В конце каждого занятия необходимо подчеркнуть, что более глубокому отдыху способствует расслабление всех мышц конечностей и тела, которое субъективно воспринимается человеком как чувство тяжести.

Третий этап – обучающий, целью которого является обучение детей и подростков произвольному расслаблению с помощью специальных релаксирующих упражнений. С этой целью используются упражнения из методики Шульца на вызывание тепла и тяжести, на регуляцию дыхания, ритма и частоты сердечных сокращений, но модифицированные для детского и подросткового возраста. Формулы должны сочетаться с конкретными эмоциональными образами, вызывающими у человека необходимые для данного упражнения ощущения. Формулы требуется произносить «про себя», соотнося их с дыханием. Как правило, формулы, произносимые на выдохе, дают больший расслабляющий эффект. Если формула слишком длинная и ее не успеть проговорить в течение одного выдоха, то рекомендуется растянуть ее на два выдоха.

После обучения ребенка или подростка произвольному расслаблению переходим к восстанавливающему этапу.

Четвертый этап – восстанавливающий. На фоне релаксации (аутогенного погружения) предлагается выполнить специальные упражнения, направленные на коррекцию эмоциональных состояний, настроений, развитие коммуникативных навыков, перцептивных процессов и пр.

Концентрация

Неумение сосредоточиться – фактор, тесно связанный со стрессом. Например, большинство работающих женщин дома выполняют три функции: домашней хозяйки, супруги и матери. Каждая из этих функций требует от женщины сосредоточенности, предельного внимания и, естественно, полной самоотдачи. Возникает многократная несосредоточенность. Каждая из этих трех функций вызывает целый ряд импульсов, отвлекающих внимание женщины от выполняемой в данный момент деятельности и способных вызвать стрессовую ситуацию. Такое разрывание на части изо дня в день приводит в конце концов к внутриличностному конфликту, а затем и к истощению, главным образом психическому. В таком случае концентрационные упражнения просто незаменимы. Их можно выполнять где и когда угодно в течение дня. Для начала желательно заниматься дома: рано утром, перед уходом на работу (учебу), или вечером, перед сном, или – еще лучше – сразу же после возвращения домой.

Регуляция дыхания

Человек имеет возможность, сознательно управляя дыханием использовать его для успокоения, для снятия напряжения, как мышечного, так и психического, таким образом, ауторегуляция дыхания может стать действенным средством борьбы со стрессом, наряду с релаксацией и концентрацией.

С помощью глубокого и спокойного ауторегулируемого дыхания можно предупредить перепады настроения.

Увеличение продолжительности выдоха способствует успокоению и полной релаксации.

Дыхание спокойного и уравновешенного человека существенно отличается от дыхания человека в состоянии стресса. Таким образом, по ритму дыхания можно определить психическое состояние человека.

Ритмичное дыхание успокаивает нервы и психику; продолжительность отдельных фаз дыхания не имеет значения – важен ритм.

От правильного дыхания в значительной мере зависит здоровье человека, а значит, и продолжительность жизни. И если дыхание является врожденным безусловным рефлексом, то, следовательно, его можно сознательно регулировать.

Чем медленнее и глубже, спокойнее и ритмичнее мы дышим, чем скорее мы привыкнем к этому способу дыхания, тем скорее он станет составной частью нашей жизни.

Образ жизни – это наша повседневная жизнь с раннего утра до позднего вечера, каждую неделю, каждый месяц, каждый год. Составными частями активного и релаксационного образа жизни являются и начало трудового дня, и режим питания, и двигательная активность, и

качество отдыха и сна, и взаимоотношения с окружающими, и реакция на стресс, и многое другое. Именно от нас зависит, каким будет наш образ жизни – здоровым, активным или же нездоровым, пассивным.

Если нам удастся положительно повлиять на свои основные жизненные принципы, добиться того, чтобы релаксация и концентрация стали составной частью нашего образа жизни, то мы станем уравновешеннее и будем более спокойно реагировать на стрессогенные факторы. Необходимо знать, что мы в состоянии сознательно воздействовать на те или иные процессы, происходящие в организме, т.е. обладаем способностью ауторегуляции.

Можно выделить четыре основных метода профилактики стресса с помощью ауторегуляции: релаксация, противострессовая «переделка» дня, оказание первой помощи при остром стрессе и аутоанализ личного стресса. Использование этих методов при необходимости доступно каждому.

Очень часто люди при возвращении домой переносят свою рабочую активность, возбужденность в семью. Что же нужно, чтобы избавиться от своих дневных впечатлений и, переступив порог дома, не вымещать на домашних свое плохое настроение? Ведь таким образом мы приносим домой стресс, а виной всему – наше неумение отрешиться от накопившихся за день впечатлений.

Если мы неожиданно оказываемся в стрессовой ситуации (нас кто-то разозлил, обругал начальник или кто-то из домашних заставил понервничать) – у нас начинается острый стресс. Для начала нужно собрать в кулак всю свою волю и командовать себе «СТОП!», чтобы резко затормозить развитие острого стресса. Чтобы суметь выйти из состояния острого стресса, чтобы успокоиться, необходимо найти эффективный способ самопомощи, свой метод. И тогда в критической ситуации, которая может возникнуть каждую минуту, мы сможем быстро сориентироваться, прибегнув к этому методу помощи при остром стрессе.

Теперь рассмотрим, как можно обнаружить и объяснить реакции своего организма на стрессовые ситуации. То есть, как можно определить свой личный стресс. Понять свою собственную стрессовую ситуацию чрезвычайно важно: во-первых, проявление стресса у каждого человека индивидуально; во-вторых, у стресса, как правило, не может быть единственной причины – таких причин всегда множество; в-третьих, вы сможете найти наиболее приемлемый для себя выход из создавшейся ситуации.

Наиболее оправдавшим себя методом аутоанализа личного стресса является дневник стрессов. Метод этот несложный, однако, требующий терпения. В течение нескольких недель – по возможности ежедневно – необходимо делать в дневнике простые пометки: когда и при каких обстоятельствах были обнаружены признаки стресса. Лучше записывать свои наблюдения и ощущения вечером после работы или перед сном,

когда легче припомнить мельчайшие подробности и детали. Если в конце дня пометок не сделать, то на следующий день, в житейских заботах и суете забудется, когда и что произошло.

Анализ записей в дневнике помогает просто и быстро определять, какие события или жизненные ситуации способствуют возникновению стресса. Именно регулярно повторяющиеся ситуации, описанные в дневнике, могут быть причиной возникновения стресса.

Полезно записывать свои ощущения сразу при наступлении острого стресса, чтобы потом в спокойном и уравновешенном состоянии проанализировать их.

Если пролистать собственные записи и попробовать их систематизировать, то обнаруживается, что некоторые основные признаки стресса повторяются: раздражительность, невозможность сосредоточиться, забывчивость, частые вздохи, ощущение бегающих по телу мурашек, мышечное напряжение, «не успокаивающиеся ноги» (не сидится на месте), ощущение внутренней тяжести, сухость во рту, беспокойный сон, быстрая утомляемость, необъяснимое чувство страха, плохое настроение, состояние депрессии, частые головные боли (особенно в затылочной части), боли в суставах, отсутствие аппетита или, наоборот, переедание, запоры, учащенное сердцебиение.

Проанализировав записи, можно определить, в какое время дня чаще всего наступает недомогание, происходит это на работе или же по возвращении домой. С помощью ведения дневника стрессов можно выяснить для себя, что нам мешает в жизни, что вызывает наш личный стресс.

Оптимальный способ избавления от затянувшегося стресса – полностью разрешить конфликт, устранить разногласия, помириться.

Если сделать это невозможно, следует логически переоценить значимость конфликта, например, поискать оправдания для своего обидчика. Можно выделить различные способы снижения значимости конфликта. Первый из них можно охарактеризовать словом «зато». Суть его – суметь извлечь пользу, что-то положительное даже из неудачи. Второй прием успокоения – доказать себе, что «могло быть и хуже». Сравнение собственных невзгод с чужим еще большим горем («а другому гораздо хуже») позволяет стойко и спокойно отреагировать на неудачу. Интересный способ успокоения по типу «зелен виноград»: подобно лисице из басни сказать себе, что «то, к чему только что безуспешно стремился, не так уж хорошо, как казалось, и потому этого мне не надо».

Один из лучших способов успокоения – это общение с близким человеком, когда можно, во-первых, как говорят, «излить душу», т.е. разрядить очаг возбуждения; во-вторых, переключиться на интересную тему; в-третьих, совместно отыскать путь к благополучному разрешению конфликта или хотя бы к снижению его значимости.

Можно научиться предотвращать стрессовые ситуации, являющиеся основным источником психосоматических расстройств. Преодолению стрессов способствуют: доверительные отношения в кругу семьи, с друзьями, с сотрудниками на работе, особенно с женщинами; материальная поддержка со стороны родственников и друзей; религиозные убеждения и психотерапевтическая помощь.

Состояние стресса у человека так же старо, как и сам человек. Стрессу подвержены все – от новорожденного до немощного старика.

Стресс не только зло, не только беда, но и великое благо, ибо без стрессов различного характера наша жизнь стала бы похожа на какое-то бесцветное и безрадостное прозябание.

Активность – единственная возможность покончить со стрессом: его не пересидишь и не перележишь.

Постоянное сосредоточение внимания на светлых сторонах жизни и на действиях, на которые могут улучшить положение, не только сохраняет здоровье, но и способствует успеху. Ничто не обескураживает больше, чем неудача, ничто не ободряет больше, чем успех.

Со стрессом можно справиться, нужно лишь желание и немного свободного времени для себя любимого. Другое дело, что нет желания – просто человеку приятно осознать, то, что он испытывает стресс, рассказывая и «жалуясь» всем, о том, в каком он глубоком стрессе, ища в этом сочувствия, понимания. Если же есть желание и немного свободного времени, то описанные выше способы преодоления стресса, весьма эффективны. Начав с релаксации (2-3 раза в день по 10-15 минут), постепенно может освоить аутотренинг, медитацию, что со временем войдет в вашу жизнь, как нечто неотъемлемое. Займитесь спортом, хобби и т.д.

Если же есть желание, но нет времени, кроме всего прочего вам может самовнушение – просто думайте о прекрасном, о том, что у вас все хорошо...

Назовите себя удачливым, и вы будете таким.

Литература:

1. Безруких М.М. Здоровьесберегающая школа. – М., 2004.
2. Безруких М.М., Ефимова С. П. Как помочь ребенку с ослабленным здоровьем преодолеть школьные трудности. – М.: Новая школа, 1994.
3. Безруких М.М., Фарбер Д.А. Возрастная физиология: Физиология развития ребенка. – М.: Академия, 2003.
4. Богданов А.В. Физиология центральной нервной системы и основы простых форм адаптивного поведения. Московский Психолого-Социальный институт. – М., 2005. – С.500-506
5. Воротилкина И.М. Оздоровительные мероприятия в учебном процессе // Начальная школа. – 2005. – № 4. – С. 72–75.

6. Вилюнас В.К. Психологические механизмы биологической мотивации. – М., 1986.
7. Вознесенская Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий. – М., 1997.
8. Вундт В. Простые чувства, аффекты, настроения//Хрестоматия по психологии. ЧеРо. – М., 2002.
9. Гамезо М.В., Домашенко И.А. Атлас по психологии. Информационно-методическое пособие к курсу «Психология человека». Педагогическое общество России. – М., 2004. – С.19
10. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания. Справочник. – М., 2003.
11. Ивонин Е.И., Попова, В.Т. Шуваев Метод поведенческой психотерапии с использованием биологической обратной связи по кожно-гальванической реакции (КГР-БОС) при лечении больных невротическими фобическими синдромами. БОС. –№1. – 2000. – С.36-37.
12. Инструментальная «детекция лжи»: академический курс / Оглоблин С.И., Молчанов А.Ю. – Ярославль: Ньюанс, 2004.
13. Каменская В.Г. Детская психология с элементами психофизиологии. – М., 2005.
14. Коррекционная педагогика в начальном образовании / Под ред. Г. Ф. Кумариной. – М.: Академия, 2003.
15. Левитов Н.Д. Фрустрация как один из видов психических состояний//Хрестоматия по психологии. ЧеРо. – М., 2002.
16. Мотова Е. К., Моница Г. Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. – СПб.: Речь, 2002.
17. Маклаков А.Г. Общая психология. – СПб, 2003.
18. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005.
19. Сиротнюк А.Л. Коррекция обучения и развития школьников. – М.: Сфера, 2002.
20. Эгоскопия – новый метод диагностики смысло-физиологических паттернов на основе пиктополиграфического подхода. Скоморохов А.А, Захаров С.М., Юрьев Г.П. // Сборник трудов Всероссийской научно-технической конференции «Медицинские информационные системы «МИС-2006». – Таганрог, 2006. – С. 20-23.

ГЛАВА 5. МЕТОДЫ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

**(по материалам А.В. Адамчук, А.Н. Луцев, А.А. Скоморохов
ООО НПКФ «Медиком МТД», г. Таганрог)**

БОС

В настоящее время методы функционального биоуправления (ФБУ) на основе биологической обратной связи (БОС) все чаще используются как альтернатива медикаментозному лечению. Сам принцип БОС опробован уже в течение нескольких десятилетий и зарекомендовал себя как мощное средство лечения и реабилитации при целом ряде функциональных нарушений и заболеваний, в том числе и психосоматических расстройств. Имеется достаточный ассортимент коммерческих продуктов, реализующих методы ФБУ. Однако широкое внедрение методов БОС в практику идет пока медленно. И тому есть ряд причин, к которым, в частности, относится игнорирование необходимости адаптации отдельной БОС-процедуры под конкретного пациента для создания большей мотивации и его заинтересованности в достижении поставленной цели при проведении процедуры. ФБУ предполагает достаточно серьезную, активную работу человека со своим внутренним состоянием, получение не только сиюминутного улучшения состояния, а приобретения навыка, который может и должен быть востребован им в дальнейшей жизни. Поэтому в рамках развития инструментальных средств ФБУ важной является задача обеспечения максимальной адаптации выбранной БОС-процедуры к данному человеку и наиболее эффективного ее проведения.

Инструмент ФБУ должен позволять наполнить БОС-процедуру конкретным содержанием в зависимости от возраста (ребёнок, подросток, взрослый), его интеллекта, пристрастий. Включившись в процесс тренинга, пациент, как правило, решает задачу изменения величины используемого физиологического параметра до заданного уровня – целевого порога (см. рис. 1). Если задача для пациента проста – он быстро теряет к ней интерес, если она излишне сложна – может возникнуть негативный эмоциональный компонент. Для поддержания оптимального состояния пациента значение целевого порога должно корректироваться в зависимости от текущих успехов пациента. При использовании для обратной связи сложных образов (например, многоуровневых игр, см. рис. 2) заинтересованность пациента может быть пролонгирована на несколько сеансов. Например, по аналогии со стратегией традиционных ком-

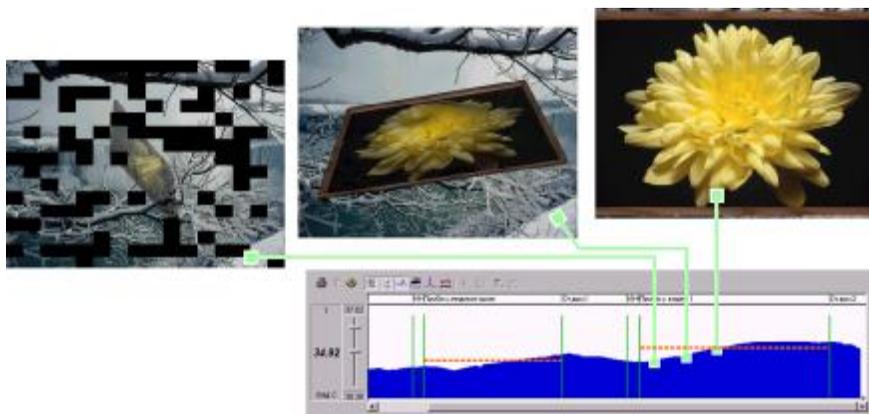


Рис. 1. Один из вариантов использования зрительного БОС-образа при выполнении релаксационной процедуры на повышение температуры кисти руки. Внизу показан график изменения температуры, который видит инструктор на мониторе врача, а сверху показаны различные фазы зрительного образа, который наблюдает испытуемый. Правильное выполнение задания сопровождается уменьшением мозаичных искажений картинки, ее разворот и увеличение размеров.

пьютерных игр, переход на новый уровень тренинга осуществляется только при достижении пациентом поставленной задачи. Перечисленные свойства направлены на повышение мотивации пациента к процессу тренинга, достижению максимальных результатов в пределах ограниченного числа проводимых процедур.

Не менее важным звеном в технологии ФБУ является оперативный контроль успешности одного сеанса тренинга, своевременная коррекция сценария проводимой процедуры, промежуточный контроль реабилитационного курса. Оценка успешности одного сеанса может быть проведена с использованием простых коэффициентов успешности (например, временной коэффициент успешности – отношение времени, когда задача достигнута, к общему времени тренинга). Оценка эффективности курса более сложна. И здесь, наряду со специфическими методами оценки результатов из смежных разделов медицины (например, для тренинга по ЭМГ на активацию может быть использована динамометрия), необходимым является инструмент оценки курсовой динамики, позволяющий проследить изменения характеристик физиологических параметров от сеанса к сеансу.

БОС-комплекс обеспечивает всю технологическую цепочку: «диагностика-лечение-контроль», позволяя расширить и углубить использо-

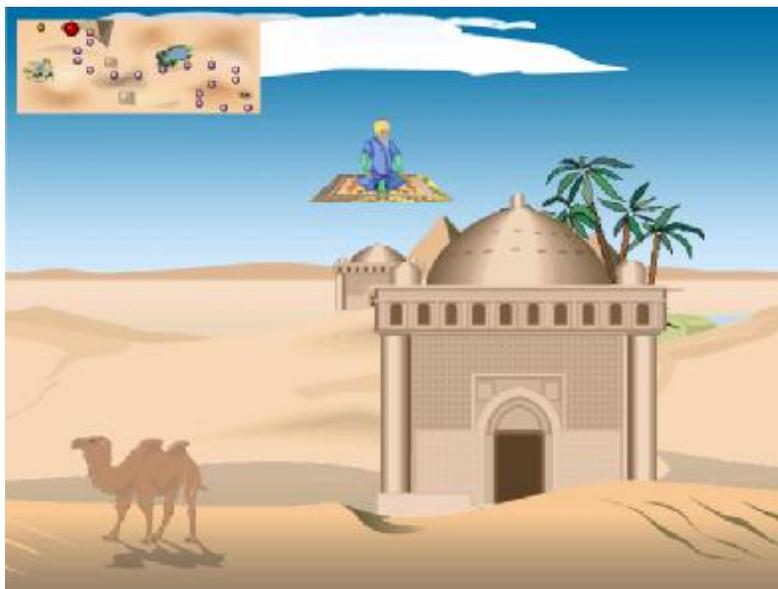


Рис. 2. Один из этапов («Полет на ковре-самолете») многоуровневой игровой БОС-процедуры. Регуляция физиологических показателей управляет высотой и скоростью полета «ковра-самолета», а задачей испытуемого является максимальное быстрое перемещение из одного пункта в другой. Его перемещение отражается положением на карте в левой верхней части окна.

вание в широкой психологической практике современных методов немедикаментозной коррекции и реабилитации различных психосоматических расстройств, стрессовых состояний, перегрузок.

ЭГОСКОП

(по материалам А.А. Скоморохова ООО НПКФ «Медиком МТД», г. Таганрог)

Эгоскопия предназначена для повышения объективизации результатов психологических и психофизиологических исследований. Согласно теории аффектов Джеймса-Ланге все вегетативные, телесные и поведенческие реакции при эмоциях «рассчитаны» на биологическую, а не на социальную целесообразность поведенческого воплощения эмоциональной оценки. Это и дает возможность их инструментального вы-

явления. Эгоскопия расширяет результаты, получаемые при проведении психологических исследований с помощью тестов-опросников или проективных методик за счет добавления эмоционально-оценочной шкалы, представляемой в виде профиля смысло-эмоциональной значимости.

Папец (Papez J.W., 1937), анализируя данные аффективной сферы, предположил наличие «анатомического» эмоционального кольца. Он считал, что любая афферентация, поступающая в таламус, разделяется на три потока: мысли, чувства и движения. Поток «чувств» циркулирует по анатомическому «эмоциональному кольцу», создавая, таким образом, физиологическую основу эмоциональных переживаний. Как подчёркивалось многими авторами: как физиологами, так и общими психологами (Davidson, R.J., 2003; Ekman P., 1999; Лурия А.Р., 2002; Симонов П.В., 1981), эмоциональные проявления носят сложный комплексный характер. Лацарус Р.С. (Lazarus R.S., 1991) пишет, что эмоция – это сложный психический феномен, который включает, несколько компонентов:

1) переживаемое или даже осознаваемое чувство – это субъективная феноменология эмоций;

2) изменение работы центральной нервной системы, активности мозга – центральная феноменология эмоций;

3) процессы, происходящие в эндокринной и вегетативной нервной системе организма – это висцеральная феноменология эмоций;

4) экспрессия эмоций, интонация, жесты, позы, психомоторика – это поведенческая феноменология эмоций.

Поиск объективных диагностических критериев предполагает анализ всех перечисленных выше компонентов эмоций, что невозможно без применения методов комплексной оценки субъективных и объективных показателей. Рассмотрим возможность учета всех этих составляющих эмоциональных реакций в процессе проведения исследования.

Субъективная феноменология эмоций характеризует интрапсихический подход, отражаемый в субъективных оценках испытуемых. Методы наблюдения и самоотчета недостаточно эффективны для оценки состояния субъекта, так как подвержены влиянию многих дополнительных факторов (психологические защиты, желание показать себя в лучшем свете, неадекватная самооценка, желание получить должность или другие социальные блага).

Остальные составляющие желательно контролировать в процессе проведения исследований и учитывать эти составляющие при анализе. Для повышения надежности и статистической достоверности получаемых профилей смысло-эмоциональной значимости в анализе данных используются сигналы в общем случае по 3-м векторам, характеризующим состояние испытуемого по разным модальностям, имеющим косвенное отношение к потокам, указанным Папцем (мысли, чувства и движе-

ния) и описанных Лацарусом (центральная, висцеральная и поведенческая феноменология эмоций).

«Эгоскоп» использует инструментальные методы контроля физиологических показателей и психомоторики для выявления реакций на стимулы и задания при проведении тестирования. Регистрация физиологических сигналов всегда сопряжена с возможными артефактами. Артефакты могут быть двигательными и физиологическими. Двигательные артефакты возникают в связи с тем, что испытуемый не сидит, как вкопанный, а выполняет пиктографическую деятельность специальным пером на сенсорном мониторе-планшете.

Физиологические артефакты могут быть связаны с утомлением испытуемого при длительном проведении исследования (утомление может сопровождаться непроизвольными вздохами, дополнительным ерзанием на стуле, не связанным непосредственно с семантическим содержанием выполняемого этапа и пр.), непроизвольными действиями (моргания, зевки, сглатывание слюны и пр.).

Встает вопрос повышения достоверности данных за счет адекватного выбора регистрируемых сигналов и рассчитываемых количественных показателей, оптимизации структуры сценария, использования удобных аксессуаров, представление результатов в удобном виде с возможностью индивидуальной настройки расчета и визуализации.

Какие именно сигналы целесообразно использовать для контроля эмоциональных реакций, и какие показатели по ним целесообразно рассчитывать? Подробная информация о регистрируемых физиологических сигналах и их особенностях отражается в специализированной литературе по инструментальной детекции лжи. Часто используют кожно-гальваническую реакцию (КГР), пульс, дыхание, изменение биоритмов мозга (ЭЭГ), показатели тонуса сосудов (ФПГ), напряжение мышц (ЭМГ), тремор и т.п. Вегетативные показатели отличаются разной степенью реактивности у разных индивидуальностей. При повышении степени активности отношения личности у одних испытуемых, например, значительно изменяется КГР, тогда как кривая дыхания изменяется не так выражено. У других испытуемых усиливаются иные вегетативные реакции. Следовательно, для повышения достоверности желательно контролировать сразу несколько составляющих, при этом показателем степени активности отношения личности будет не какая-либо отдельная вегетативная или электрофизиологическая реакция, а индивидуальный стереотип (паттерн) этих реакций.

Выбор регистрируемых физиологических сигналов и расчетных показателей должен учитывать специфику проведения исследования и реальную длительность этапов. Длительность каждого этапа при работе с тестами-опросниками незначительная – прочитать вопрос или утверждение, прочитать предложенные варианты ответа, выбрать подходящий

вариант ответа. Она может составлять всего несколько секунд, что сопоставимо с периодом одного дыхательного цикла, а значит очень мало для реального учета изменения параметров дыхания в таких сценариях. Значит, сигнал дыхания в тестах-опросниках с короткими этапами использовать нецелесообразно.

Прибор и программное обеспечение «Эгоскоп» поддерживают широкий набор регистрируемых физиологических показателей, но в укладку по умолчанию входят сигналы КГР, ФПГ, ЭКГ и ЭЭГ. Эти сигналы разделяются на вектор X (ЭЭГ), отражающий изменения в активации ЦНС, (косвенно характеризующие центральную феноменологию эмоций, см. п. 2 выше) и вектор Y (КГР, ФПГ, ЭКГ), отражающий изменения в ВНС (косвенно характеризующие висцеральную феноменологию эмоций, см. п. 3 выше).

На основании сигналов с сенсорного планшета или монитора-планшета при выполнении заданий формируется вектор Z. Параметры пиктографической деятельности при выполнении задания, в определенной степени отражают особенности психомоторных реакций (косвенно характеризующие поведенческую феноменологию эмоций, см. п. 4 выше).

Одновременный контроль и анализ нескольких сигналов, относящихся и к ЦНС, и к ВНС, и к поведенческим факторам (параметры пиктографии) при выполнении задания снижают вероятность успеха возможного противодействия со стороны испытуемого.

В качестве одного из универсальных показателей используется интегральный нормированный показатель (ИНП), рассчитываемый на основе применения Z-нормировки к нормированной длине кривой, или к скорости изменения анализируемого сигнала (в полиграфии похожий подход иногда называется «курвиметром», т.е. измерителем длины кривой). Однако, если там упоминалось измерения этого показателя с помощью специального картографического измерительного прибора – курвиметра, то в нашем случае измерения осуществляется программой автоматически.

Использование параметра ИНП обусловлено рядом обстоятельств. Он является универсальным параметром для любого типа физиологического сигнала и убирает неоднозначность использования множества имеющихся показателей для каждого типа физиологических сигналов, да еще и нечувствителен к возрастным, половым и иным специфическим особенностям, которым могут быть подвержены другие показатели. В частности, для ЭЭГ имеются параметры, отражающие абсолютные и относительные значения мощности по выбранным частотным диапазонам, соотношения ритмов, эффективную полосу частот, доминирующие и средневзвешенные частоты и пр. К тому же один и тот же ритм для разных возрастов, а также с учетом специфики индивидуальности конкретного испытуемого может иметь разную содержательную интерпре-

тацию и физиологический смысл. Какой же из этих десятков параметров выбирать в каждом конкретном случае?

Для сигналов пульсовой кривой, таких как ФПГ, РЭГ и пр., также имеются десятки различных количественных показателей, зависящих от множества факторов и однозначно использовать их для выявления эмоциональной реакции затруднительно, однако именно длина кривой очень хорошо коррелирует (обратная зависимость) с повышением тонуса сосудов, связанным с реакцией активации. Для дыхания также существует много показателей – частота дыхания, длительность фаз вдоха и выдоха, относительный размах кривой и относительный минутный объем дыхания и пр., однако приращение длины кривой является более универсальным показателем, включающим в себя все возможные изменения дыхательного паттерна.

Таким образом, в качестве первичного параметра для последующих этапов анализа по всем типам физиологических сигналов задается параметр ИНП, являющийся нормированным аналогом длины кривой в «курвиметре». Однако это не мешает в некоторых предоставляемых обработках смотреть тренды или статистические характеристики любых других количественных показателей (ЧСС, амплитуда пульсации, частота и глубина дыхания, индексы ЭЭГ-ритмов и пр.).

Снижение двигательных артефактов осуществляется:

- использованием удобной и комфортной укладки с датчиками и электродами;
- отсутствием электродов и датчиков на руке, задействованной в выполнении пиктографической деятельности на мониторе-планшете;
- использованием беспроводного портативного регистрирующего устройства, закрепляемого непосредственно на испытуемом.

Физиологические артефакты, связанные с утомлением, можно снизить переходом на более короткие сценарии тестирования, не приводящие к чрезмерному утомлению.

Для снижения влияния ориентировочной реакции на неожиданный стимул рекомендуется использование в сценарии тестирования так называемых «жертвенных» этапов (написание вспомогательной информации – ФИО, отметка понимания общей инструкции, пробные этапы), не участвующих в обработке данных и предшествующих основным этапам.

Снижение влияния психодинамических особенностей (темперамента) конкретного испытуемого осуществляется за счет Z^1 -нормировки пиктографических показателей (скорость ответов, средняя скорость и сила нажима на перо при написании или рисовании).

Снижение влияния физиологических особенностей конкретного испытуемого, например, тахикардия или брадикардия по ЧСС, особенности тонуса кровеносных сосудов, наличие и степень выраженности фо-

новой альфа-активности в ЭЭГ, тип дыхания, степень фонового напряжения мышц так же нивелируется за счет использования Z-нормировки физиологических показателей.

Для снижения влияния случайных факторов, непосредственно не связанных со смыслом выполняемого задания, рекомендуется распределение в сценарии этапов (заданий), относящихся к одному и тому же смысловому кластеру (шкале), по случайному закону, чтобы, внешние факторы, не связанные с заданием, перераспределялись по разным шкалам, а не увеличивали вес одной конкретной шкалы.

В сценарии предусмотрена возможность настройки минимальной длительности этапов для накопления необходимого набора данных, раньше истечения этого времени испытуемый не может перейти на следующий этап. Этим обеспечивается исключение коротких этапов с недостаточным набором данных. При формировании сценариев необходимо обращать внимание на более четкие формулировки инструкций, вопросов, утверждений, чтобы снизить вероятность дополнительной активации, связанной с попыткой осознания неоднозначности инструкции и не связанной непосредственно с отношением испытуемого к теме.

Для снижения остаточных влияний физиологических реакций предыдущего этапа используется включение паузы заданной длительности между этапами.

При отдельном использовании монитора и сенсорного планшета может оказывать влияние фактор отвлечения внимания и дополнительных артефактов при переносе взгляда испытуемого с монитора на планшет. В связи с этим, целесообразно осуществлять переход на сенсорный монитор-предъявления задания, и планшета, как устройства ввода пиктографической информации.

Следует иметь в виду, что любая современная статистика, оперирующая живыми объектами, делает массу допущений по родовому сходству этих объектов между собой – возрасту, полу, профессии, уровню образованности, принадлежности к этносу (биологические и культурные особенности), стране, религиозной конфессии, росту, весу и т.д., даже специальные корректирующие коэффициенты выводят, чтобы уравнять субъекты по сопутствующим признакам.

Доказательная медицина родилась в стремлении минимизировать удельный вес косвенных признаков, существенно влияющих на статистическую чистоту экспериментов. В эгоскопии, благодаря синхронности пиктополиграфических измерений в привязке к конкретному смысловому содержанию заданий, акцент делается на выявление уникальных особенностей конкретного индивида применительно к иерархической структуре его разнофункциональных смысловых кластеров или «виртуально-ролевых Я» – многочисленных виртуальных лилипотов в

телесной оболочке Гулливера, – основного объекта эгоскопического исследования. Полученные результаты уже вторично можно использовать для сравнений с условной эгоскопической нормой «усредненного индивида» так, как это делается в традиционных стандартных тестах-опросниках. Используемый пиктополиграфический подход и применяемые способы нормировки синхронно полученных данных позволяют снизить требования к учету некоторых факторов, снижающих достоверность статистических сравнений.

Литература:

1. Безруких М.М., Фарбер Д.А. Возрастная физиология: Физиология развития ребенка. – М.: Академия, 2003.
2. Богданов А.В. Физиология центральной нервной системы и основы простых форм адаптивного поведения. Московский Психолого-Социальный институт. – М., 2005. – С.500-506.
3. Вилюнас В.К. Психологические механизмы биологической мотивации. – М., 1986.
4. Вознесенская Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий. – М., 1997.
5. Вундт В. Простые чувства, аффекты, настроения//Хрестоматия по психологии. ЧеРо. – М., 2002.
6. Гамезо М.В., Домашенко И.А. Атлас по психологии. Информационно-методическое пособие к курсу «Психология человека». Педагогическое общество России: Москва, 2004. – С.19
7. Детектор правды. Суггестивные технологии в творчестве полиграфолога-профессионала / Черепанова И., Петров А., Мягких С. М.: «КСП+», 2004.
8. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания. Справочник. – М., 2003.
9. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология. – СПб.: Питер, 2003.
10. Ивонин, Е.И. Попова, В.Т. Шуваев. Метод поведенческой психотерапии с использованием биологической обратной связи по кожно-гальванической реакции (КГР-БОС) при лечении больных невротическими фобическими синдромами. БОС–№1. – 2000, С.36-37.
11. Каменская В.Г. Детская психология с элементами психофизиологии. – М., 2005.
12. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005.
13. Мозг и разум. Под ред. Н.П. Бехтеревой. – М.: Наука, 1994.
14. Психофизиология: Учебник для вузов / Под ред. Ю.И. Александрова. – СПб.: Питер, 2001.

ГЛАВА 6. ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

6.1. Антропологический подход к феномену эмоционального выгорания

В настоящее время в рамках антропологии проводятся многочисленные исследования эмоциональной сферы человека, в том числе эмоциональной социализации личности, связанных с эмоциями состояний, влияния эмоций на жизненно-важные сферы деятельности.

Антропологические рамки определения понятия «эмоция» значительно шире, чем психологические. Так Майкл Розальдо определяет эмоцию как «частично психические реакции, которые являются в то же самое время элементами моральной и идеологической установки; эмоции – это одновременно и чувства, и когнитивные конструкции, связывающие личность, действие и социологическую среду».

Большинство исследователей эмоциональной сферы личности сходятся во мнении о том, что это многогранное образование, в которое, кроме эмоций, входят многие эмоциональные явления: эмоциональный тон, эмоциональные состояния, эмоциональные свойства личности, акцентуированная выраженность которых позволяет говорить об эмоциональных типах личности, эмоциональные устойчивые отношения (чувства). Каждое из них имеет достаточно дифференцированные признаки. Об аффективной характеристике эмоциональной сферы говорят в случаях сильных, устойчивых эмоциональных всплесков, расстройств. Эмоциональная сфера личности составляет совокупность свойств человека, характеризующих содержание, качество и динамику его эмоций и чувств. Содержательные аспекты эмоциональной сферы отражают явления и ситуации. Они неразрывно связаны со стержневыми особенностями мотивационной сферы.

Антропологические исследования не могут оставлять без внимания культурную специфику и ситуативность эмоции.

К. Лац предлагает концепцию эмоции как ситуативно конституируемую в социальном окружении.

Роберт Леви рассматривает эмоцию в тесной связи с познанием как необходимый элемент культурного структурирования познания.

С точки зрения Р. Леви чувство (элементом которого и является эмоция) незаменимо в том процессе, в результате которого культура проникает в наше мышление и наши действия. Именно чувства пробуждают в нас потребность выполнения тех или иных культурных сценариев.

В этой связи большое значение приобретает изучение феномена эмоционального выгорания – психологического явления, оказывающего негативное воздействие не только на психофизическое здоровье, но и на эффективность профессиональной деятельности.

Впервые Термин «burnout» (выгорание), предложил американский психиатр Н. J. Freudenberger (1974).

В настоящее время синдром выгорания («burnout») в психологии обозначается разными терминами: «эмоциональное сгорание» (Т.С. Яценко, 1989; Т.В. Форманюк, 1994), «синдром эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 1996), «синдром эмоционального перегорания» (В.Д. Вид и Е.И. Лозинская, 1998), «психическое выгорание» (В.Е. Орел, 2001, 2003, 2005), «профессиональное выгорание» (С. Maslach, 2008; Н.Е. Водопьянова, 2005) и т.д. Однако сравнение научных дефиниций показало, что неотъемлемым субфактором выгорания во всех интерпретациях остается «психофизическое истощение».

Теоретические и эмпирические исследования феномена эмоционального выгорания широко представлены в зарубежной психологии (M. Anderson, E. Iwanicki, 1981; M. Burisch, 1984; R. Burke, 1989; D. Cronin-Stubbs, C. Rooks, 1985; M. Davis-Sacks, 1985; D. Ford, 1983; M. Leiter, 1992; T. Marek, 1993; C. Maslach, S. Jackson, 1981, 1982, 1984, 1986; A. Pines, 1981, 1982, 1988, 1992; W. Schaufeli, 1992; J. Winnubst, 1988 и др.). Меньшее количество исследований посвящено данной проблеме в отечественной науке (М. А. Аминов, 1998; В. В. Бойко, 1996; Н. В. Гришина, 1997; А. К. Маркова, 1993; Л. М. Митина, 1998; В. Е. Орел, 1999; А. А. Рукавишников, 2000; Т. В. Форманюк, 1994).

В 1976 году С. Maslach определила данное состояние как синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, а в работе утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам и пациентам. Симптоматика данного синдрома существенно расширилась за счёт психосоматических компонентов, отнеся его к предболезненному состоянию.

В 1981 году С. Maslach и S. Jackson предложили следующее определение: «выгорание» – синдром эмоционального истощения и цинизма, который часто появляется у персонала, работающего с людьми, и приводит к развитию негативного отношения к своим клиентам.

А. Широм считает «выгорание» комбинацией физического, эмоционального и когнитивного истощения или утомления, при этом главным фактором является эмоциональное истощение.

В настоящее время феномен профессионального выгорания определяется как состояние физического, эмоционального и умственного истощения, которое затрагивает личность в целом, разрушая ее и оказывая негативное влияние на эффективность профессиональной деятельности.

В отечественной психологии активное изучение проблемы выгорания связано с преобразованиями в экономике и обществе начала 90-х годов (Т.В. Форманюк, Н.В. Гришина, В.В. Бойко, В.Е. Орел и др.).

До этого времени, впервые термин «эмоциональное сгорание» прозвучал в работах Б.Г. Ананьева и был обозначен как отрицательное явление, возникающее у людей профессий типа «человек-человек», которые связаны с межличностными отношениями.

В.Е. Орёл (2001) рассматривает «выгорание» как дезадаптационный феномен и указывает на возможность развития синдрома «выгорания» как своеобразной интегративной реакции на дезадаптацию субъекта к профессиональной среде. Предлагаемый подход, по мнению автора, позволит проанализировать процесс протекания «выгорания» и его специфику на разных этапах профессиональной адаптации, поможет теоретически объяснить противоречивые результаты некоторых эмпирических исследований.

Наибольший интерес среди отечественных исследований феномена выгорания представляет процессуальная модель В.В. Бойко, который рассматривает данное явление с позиций протекания основных фаз стресса с указанием симптоматики, характерной для каждой фазы. По мнению автора, выгорание приобретает в процессе жизнедеятельности человека и этим отличается от различных форм эмоциональной ригидности, которая определяется органическими причинами (свойствами нервной системы, психосоматическими нарушениями). В. В. Бойко определяет эмоциональное выгорание как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций или понижения их энергетики в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

Таким образом, большинство исследователей определяют выгорание как негативное психологическое явление, включающее в себя психоэмоциональное истощение, проявляющееся в чувстве глубокой усталости и опустошенности; деперсонализацию – отрицательное либо безразличное отношение к субъектам деятельности; утрату профессиональной мотивации, связанную с чувством некомпетентности и неуспешности в работе.

На сегодняшний день в науке существуют подходы к рассмотрению разных моделей выгорания. Представители однофакторной модели (А. Пинес) описывают выгорание как «состояние физического, психического и эмоционального истощения, вызванное длительным включением в ситуацию, которая предъявляет высокие требования к эмоциональной сфере».

С. Масляч первая описала трехкомпонентную модель синдрома истощения физических и духовных сил. В соответствии с данной моделью, «выгорание» понимается как синдром эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессиональных достижений.

Выделяется три структурных компонента выгорания: 1) эмоциональное истощение, 2) деперсонализация (тенденция развивать негативное отношение к клиентам), 3) редукция профессиональных достижений.

Под эмоциональным истощением понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой. Основная составляющая «профессионального выгорания», проявляется в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии или эмоциональном перенасыщении.

Деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда. В частности в социальной сфере деперсонализация предполагает бесчувственное, негуманное отношение к клиентам. Клиенты воспринимаются не как живые люди, а все их проблемы и беды, с которыми они приходят к профессионалу, с его точки зрения, есть благо для них.

Редукция профессиональных достижений может проявляться либо в тенденции к негативному оцениванию себя, своих профессиональных достижений и успехов, негативизме относительно служебных достоинств и возможностей, либо в редуцировании собственного достоинства, ограничении своих возможностей, обязанностей по отношению к другим.

Предложенные три компонента выгорания отражают специфику той профессиональной сферы, в которой впервые был обнаружен этот феномен. Особенно это касается второго компонента выгорания, а именно, деперсонализации, отражающей нередко состояние сферы социального обслуживания людей и оказания им помощи.

Кроме трехфакторной модели структуры выгорания, существуют и варианты двухфакторной модели. Также известны 4-х факторные модели (О. Хеллесой, К. Гронхауг, О. Квитастейн) за счет включения в состав структуры дополнительного 4 фактора.

По мнению многих зарубежных и отечественных авторов, развитие синдрома носит стадийный характер. Сначала наблюдаются значительные энергетические затраты. По мере развития синдрома появляется чувство усталости, которое постепенно сменяется разочарованием, снижением интереса к своей работе, уменьшением эмоциональной устойчивости и выносливости.

К. Чернисс, М. Буриш представляют выгорание как процесс, который включает ряд следующих друг за другом фаз или стадий.

В исследованиях К. Чернисс выгорание – процесс негативного изменения профессионального поведения в ответ на стрессовый характер рабочей среды, который включает 3 стадии (эмоциональное напряжение, утомление и истощение). С точки зрения ученого, возникновение выгорания обусловлено неадекватным способом преодоления субъектом стресса.

Согласно концепции М. Буриша, в развитии синдрома прослеживаются несколько основных фаз: предупреждающая, фаза снижения уровня собственного участия, эмоциональные реакции, фаза деструктивного поведения, фаза психосоматических реакций и фаза разочарования.

Т.И. Ронгинская отмечает, что при выгорании прослеживается определенная тенденция: сильная зависимость от работы, которая ведет к пол-

ному отчаянию и экзистенциальной пустоте. То есть на первом этапе выгорания профессиональная деятельность является главной ценностью и смыслом всей жизни человека. В случае несоответствия между собственным вкладом и полученным или ожидаемым вознаграждением появляются первые симптомы выгорания: изменяется отношение к профессиональной деятельности от положительной до безразличной и отрицательной. Далее происходит обезличивание отношений между участниками этого процесса, оно подавляет проявление гуманных форм поведения между людьми и создает угрозу для развития личности. Из анализа большинства работ Т.И. Ронгинская полагает, что синдром выгорания начинается с напряжения, как результат противоречия между социальными ожиданиями, идеалами и желаниями личности и требованиями реальной жизни. Скорее всего, эти стрессы долгое время могут не осознаваться личностью. Основание синдрома при этом носит индивидуальный характер и определяется различиями в эмоционально-мотивационной сфере и особенностями профессиональной деятельности.

Рассматривая стресс как основу эмоционального выгорания, нужно брать во внимание, что интенсивность стрессового состояния зависит не только от условий воздействия стрессоров, но и от мотивационных, социальных и индивидуальных характеристик человека, которые являются ведущими в его поведении при стрессе (J.Poulin, C.Walter 1993, А.Н. Леонтьев, 1975, Б.Ф. Ломов, 1991).

При формировании эмоционального выгорания у людей наблюдаются все три фазы стресса:

- 1 - нервное (тревожное) напряжение;
- 2 - резистенция – сопротивление;
- 3 - истощение – оскудение психических ресурсов.

Основываясь на результатах ряда исследований Е. Hartman, 1982 предложили модель, согласно которой выгоранием рассматривается в аспекте профессиональных стрессов. Три измерения выгорания отражают три основных симптоматических категории стресса:

-физиологическую, сфокусированную на физических симптомах (физическое истощение);

-аффективно-когнитивную, сфокусированную на установках и чувствах (эмоциональное истощение, деперсонализация);

-поведенческую, сфокусированную на симптоматических типах поведения (деперсонализация, сниженная рабочая продуктивность).

Эмоциональное выгорание представляет собой стереотип эмоционального, чаще всего, профессионального поведения, которое позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникнуть его дисфункциональные следствия, когда эмоциональное выгорание отрицательно сказывается на исполнении

профессиональной деятельности и отношениях с партнерами. Предпосылками возникновения данного стереотипа являются внешние и внутренние факторы.

К внешним факторам относятся:

- хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность, связанная с интенсивным общением – восприятием партнеров и воздействием на них. Профессионалу, работающему с людьми, приходится постоянно подкреплять эмоциями различные аспекты своего общения: активно ставить и решать проблемы, связанные с деятельностью; воспринимать, запоминать и быстро интерпретировать большое количество визуальной, звуковой и письменной информации, быстро взвешивать альтернативы и принимать решения;

- дестабилизирующая организация деятельности, основными признаками которой являются нечеткая организация и планирование труда, недостаток оборудования, плохо структурированная и расплывчатая информация, наличие в ней «бюрократического шума» (мелких подробностей, противоречий, завышенные нормы и требования);

- повышенная ответственность за исполнение функций и операций, включающая в себя работу в условиях постоянного внутреннего и внешнего контроля;

- неблагоприятная атмосфера профессиональной деятельности – конфликты и повышенная напряженность в отношениях с коллегами и руководством;

- психологически трудный контингент.

К внутренним факторам, провоцирующим возникновение эмоционального выгорания, В. В. Бойко относит:

- склонность к эмоциональной ригидности. Эмоциональное выгорание, как средство психологической защиты, возникает у тех, кто менее реактивен и восприимчив, более эмоционально сдержан. Напротив, формирование симптомов эмоционального выгорания будет проходить медленнее у людей импульсивных, обладающих подвижными нервными процессами;

- интенсивная интериоризация (восприятие и переживание) обстоятельств профессиональной деятельности. Данное явление возникает у специалистов, которые воспринимают все события слишком эмоционально, отдаются делу без остатка (высокомотивированные личности). Каждый стрессогенный фактор из практики оставляет глубокий след в душе. Неблагополучие субъекта деятельности вызывает интенсивное сопереживание и соучастие. Постепенно эмоционально-энергетические ресурсы такого специалиста истощаются, что приводит к эмоциональному выгоранию как сберегающей стратегии;

- слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности, когда профессионал в сфере общения не считает для себя

необходимым, либо не умеет проявлять сочувствие и сопереживание субъекту своей деятельности, что стимулирует не только эмоциональное выгорание, но и крайние его формы – безразличие, равнодушие, душевную черствость.

Выгорание – динамический процесс, который возникает поэтапно, в полном соответствии с механизмом развития стресса.

В целом, динамика СЭВ представляет собой комплексное явление, где, как отмечают многие исследователи, предшествует период повышенной активности, который М. Burisch называл как «предупреждающая фаза – период чрезмерного участия» (М. Burisch, 1989), когда человек полностью («страстно») поглощён работой и отказывает себе во многих потребностях, забывая о собственных нуждах.

С. Maslach указывала, что «выгорание усиливается всякий раз, когда границы начинают стираться, и работа занимает большую часть жизни». Другими словами, поглощённость рабочим процессом, с одной стороны, является показателем здоровой самоактуализированной творческой активности, а с другой стороны, представляется предопределяющим фактором для развития СЭВ.

Существует точка зрения, что к группе риска развития СЭВ относятся, в первую очередь люди, увлечённые профессией; живущие в интенсивной динамике профессиональной деятельности; специалисты, ставящие перед собой смелые и сложные рабочие задачи. М. Burisch образно выразил мысль, что «тот, кто выгорает, когда-то должен был загореться». К. Кондо объяснял это тем, что выгоранию подвержены именно те, кто работают с особым интересом, ориентированно на оказание помощи людям.

Но, если данный процесс не достигнет должного эффекта, то наступает постепенное разочарование, потеря психической энергии приводит к психосоматической усталости (изнурению) и эмоциональному истощению, результатом которого, является чувство профессиональной некомпетентности.

При эмоциональном выгорании наблюдаются все три фазы стресса:

- 1) нервное напряжение, которое создают внешние и внутренние факторы деятельности и личности профессионала;
- 2) резистенция, то есть сопротивление, когда человек пытается оградить себя от неприятных впечатлений;
- 3) истощение – оскудение психических ресурсов, снижение эмоционального тонуса, которое наступает вследствие того, что проявленное сопротивление оказалось неэффективным.

Соответственно каждому этапу возникают симптомы нарастающего эмоционального выгорания.

1. Фаза напряжения – нервное напряжение служит предвестником и запускающим механизмом эмоционального выгорания. Напряжение имеет

динамический характер, что обуславливается постоянством или усилением психотравмирующих факторов. Проявляется в следующих симптомах:

а) симптом «переживания» психотравмирующих обстоятельств. Проявляется в усиливающемся осознании человеком психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, которые трудны или вовсе неустранимы. Раздражение ими постепенно растет, накапливается отчаянье и негодование. Неразрешимость ситуации приводит к развитию прочих явлений выгорания;

б) симптом неудовлетворенности собой. В результате неспособности повлиять на психотравмирующие обстоятельства человек начинает испытывать недовольство собой, избранной профессией;

в) симптом «загнанности в клетку» выступает логическим продолжением развивающегося стресса и проявляется в чувстве безысходности, эмоционального и интеллектуального тупика в связи с невозможностью изменить психотравмирующую ситуацию;

г) симптом «тревоги и депрессии». Чувство неудовлетворенности собой и работой порождает мощное энергетическое напряжение в форме переживания ситуационной и личностной тревоги, разочарования в себе, в избранной профессии. Этот симптом является крайней точкой развития эмоционального выгорания в данной фазе стресса.

2. Фаза резистенции. Выделение этой фазы в самостоятельную условно, так как фактически сопротивление нарастающему напряжению начинается с момента его появления. Формирование защиты с участием эмоционального выгорания происходит на фоне следующих явлений:

а) симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования», который проявляется в ограничении эмоциональной отдачи за счет выборочного реагирования в ходе рабочих контактов;

б) симптом «эмоционально-нравственной дезориентации», который является продолжением неадекватного реагирования, когда, не проявляя должного эмоционального отношения к субъекту, профессионал защищает свою стратегию, представляя субъектов как недостойных, либо не заслуживающих эмоциональной отдачи;

в) симптом «расширения сферы экономии эмоций», когда данная форма защиты осуществляется вне профессиональной области, в общении с родственниками, друзьями и знакомыми;

г) симптом редукции профессиональных обязанностей, который проявляется в попытках облегчить или сократить обязанности, требующие эмоциональных затрат.

3. Фаза истощения. Характеризуется более или менее выраженным падением энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Эмоциональная защита в форме выгорания становится неотъемлемым атрибутом личности. Она проявляется в следующих симптомах:

а) симптом «эмоционального дефицита». Характеризуется ощущением того, что профессионал эмоционально уже не может помогать субъектам своей деятельности, не в состоянии войти в их положение, сочувствовать и сопереживать. Постепенно симптом усиливается и приобретает более осложненную форму – все реже проявляются положительные эмоции и все чаще – отрицательные. Резкость, грубость, раздражительность, обиды, капризы дополняют симптом «эмоционального дефицита»;

б) симптом «эмоциональной отстраненности». Проявляется в том, что специалист почти полностью исключает эмоции из сферы профессиональной деятельности. Ни негативные, ни позитивные обстоятельства не вызывают в нем эмоционального отклика. Причем это не дефект эмоциональной сферы, не ригидность, а приобретенная за годы обслуживания людей эмоциональная защита. В то же время в других сферах он живет полнокровными эмоциями. Реагирование без чувств и эмоций наиболее яркий симптом эмоционального выгорания. Он свидетельствует о профессиональной деформации личности и наносит ущерб субъекту общения;

в) симптом «личностной отстраненности» или деперсонализации. Проявляется в широком диапазоне умонастроений и поступков профессионала в процессе общения. Прежде всего, отмечается полная или

частичная утрата интереса к человеку – субъекту профессиональной деятельности. Он воспринимается как неодушевленный предмет, как объект для манипуляций. Постепенно изменяются установки, принципы, система ценностей личности. Возникает деперсонализированный защитный эмоционально-волевой антигуманный настрой, в крайних формах выливающийся в неврозы и психопатические состояния;

г) симптом психосоматических и психовегетативных нарушений. Проявляется на уровне физического и психического самочувствия. Образуется по условно-рефлекторной связи негативного свойства – многое из того, что касается субъектов профессиональной деятельности, провоцирует отклонения в соматических или психических состояниях, при этом даже мысли о субъектах деятельности или контактах с ними, могут вызвать плохое настроение, бессонницу, чувство страха, неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострение хронических заболеваний. Переход реакций с эмоционального уровня на уровень психосоматики свидетельствует о том, что выгорание как эмоциональная защита самостоятельно уже не справляется с нагрузками, и энергетика эмоций перераспределяется между другими подсистемами организма индивида.

Таким образом, В. В. Бойко рассматривает выгорание как процесс, протекающий в соответствии с основными фазами развития стресса, определяющими основную симптоматику каждого этапа развития выгорания. Эмоциональное выгорание определяется им как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или

частичного исключений эмоций или понижения их энергетики в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

С.Б. Величковская, А.И. Куликов, М.М. Скугоревская, Т.И. Рогинская и др.к внешне наблюдаемым переменным относятся изменения в поведении, в вербальных и невербальных индикаторах деловых и межличностных коммуникаций, в отношении к человеку, к окружающему миру и своим профессиональным обязанностям. К внутренне наблюдаемым признакам выгорания причисляют изменения, происходящие в эмоциональной, мотивационно-волевой и ценностно-смысловой сферах, в переживаниях личностного благополучия и качества жизни. Это могут быть изменения глубинных переживаний относительно неудовлетворенности самореализацией, утраты смыслов жизни и труда, ценностей, жизненных ориентаций, самодостаточности, идентичности с требованиями профессии и организации.

Е.Л.Махер выделяет 12 симптомов выгорания. В классификации В.Шауфели и Д.Эйзманн выделены 132 симптома выгорания, которые также объединены в 5 групп: аффективные, когнитивные, физические, поведенческие, мотивационные. Кроме этого, выделенные симптомы проявляются на трех уровнях: индивидуально-психологическом, межличностном и организационном.

В силу многоплановости подобной симптоматики выгорания, можно отметить наиболее существенные моменты. Выявлено, что в процессе выгорания аффективные симптомы проявляются в депрессивном, пессимистическом настрое, когда эмоциональные и физические ресурсы человека истощены из-за значительных затрат энергии на преодоление стрессовых воздействий.

По мнению К. Маслач и А.Пинес, у субъекта снижается уровень эмоционального контроля, появляется чувство тревоги, страх, нервозность. В межличностном общении «выгорающий» становится более чувствительным к воздействию социальной среды и легко раздражается. В общении с реципиентами (клиентами, пациентами, посетителями и т.д.) проявляется эмоциональная черствость с характерными вспышками гнева, возникает неудовлетворенность работой.

Как считают К. Маслач и А. Пинес, когнитивные симптомы выгорания связаны с нарушением протекания мышления, памяти и внимания из-за чего трудно выполнять сложные задачи, принимать решения. Вследствие этого возможно снижение социальной активности и уход во внутренний мир фантазий. Также когнитивные проявления выгорания влияют на уровень межличностного общения, что характеризуется циничным восприятием своих клиентов, неадекватным представлением о себе (чувство непогрешимости и значимости) не свойственными ранее.

В группе поведенческих симптомов межличностный уровень характеризуется повышенной агрессивностью, конфликтностью, тенденцией к социальной изоляции, избеганию конфликтов с окружающими. Также снижается профессиональная и социальная активность, в работе отсутствует творческий подход, возникает безразличие к выполнению своих обязанностей.

Для мотивационных симптомов выгорания характерно противоречие между идеальным и реальным образом профессий, что в целом ведет к потере смысла деятельности, ее личностной значимости. В профессиональном общении снижается интерес к реципиентам, отсутствует желание решать их проблемы и т.д.

Это далеко не полный перечень симптоматики выгорания как процесса и результата, который отражает в динамике индивидуальное своеобразие синдрома, его взаимосвязь с социально-психологическими детерминантами и в целом показывает проблему высокого уровня сложности.

Принимая во внимание сложность проблематики, ее социальный аспект, более оптимальным представляется изучение выгорания на разных стадиях профессионального становления личности, то есть в рамках профессиональной социализации. Об этом свидетельствуют и последние работы, авторы которых (В.Е. Орел, Т.Ю. Овсянникова), так или иначе, указывают на интересные, по их мнению, направления исследований в области выгорания, связанные с профессиональной социализацией.

Многочисленные исследования зарубежных (Б.М. Бырне; С.Л. Кордес, Т.В. Доугхерты, М. Блум; Дж. Де Ёнге, В.Б. Шауфели; К. Маслач, Дж. Голдберг; П.Дж. Мазур, М.Д. Лынч; Д. Эйзманн и др.) и отечественных ученых (В.В. Бойко; Н.Е. Водопьянова, В.Е. Орел, Е.С. Старченкова и др.), направленные на изучение синдрома эмоционального выгорания, посвящены выявлению факторов, его вызывающих.

Анализ литературных источников свидетельствует о том, что в зарубежной и отечественной психологии отсутствует единое мнение относительно причин, обуславливающих возникновение психического выгорания.

По данным ряда авторов (Т.В. Форманюк, 1994; К. Kondo, 1991; С. Maslach, 1982; А.М. Pines, 1981 и др.) синдром развивается под влиянием трех групп переменных: личностные, организационные и ролевые. По сути, такая классификация «искусственно» разделяет организационные и ролевые факторы, относящиеся к социальным, поскольку ролевая характеристика человека может быть только в социуме, профессиональной группе, организации.

Анализ теоретических подходов к феномену эмоционального выгорания позволяет сделать ряд выводов:

- психическое выгорание может быть рассмотрено как один из синдромов нарушений психологического здоровья специалистов социомических профессий вообще и, в частности, педагогов.

- психическое выгорание – это негативное психологическое явление, которое снижает эффективность профессионального труда и отрицательно сказывается на психологическом здоровье специалистов, занятых в социальной сфере;

- к основным группам симптомов «психического выгорания» относятся изменения в: чувствах (аффективные симптомы), системе отношений (с людьми, к себе, труду), познавательной сфере (когнитивные симптомы), соматическом здоровье (физические симптомы). В данном теоретико-экспериментальном исследовании акцент будет сделан на изменениях в чувствах и системе значимых отношений педагогов специальных (коррекционных) образовательных учреждений;

- появление симптомов в картине синдрома выгорания носит стадийный характер: период подъема энтузиазма – нехватка энергии – трудности в преодолении психотравмирующих обстоятельств – кризис – разочарование;

- синдром психического выгорания возникает в результате совокупного влияния множества индивидуальных или внутренних (социально-демографических и личностных особенностей), а также организационных или внешних (условия, содержание труда и социально-психологические характеристики) факторов и причин.

6.2. Профессиональная деятельность как источник эмоционального выгорания педагогов

Антропоцентричность, как основной принцип направленного воздействия общества на сложную структуру развития личности человека, позволяет, создавая определенные условия образовательной среды, формировать те профессиональные качества, которые и делают его успешным в осуществлении собственной практической деятельности.

Это в полной мере относится к педагогу и реализации им педагогической деятельности. Педагог становится носителем такого нового качества, как единство проявления природных, социальных и исторических свойств. Это проявляется через **индивидуальный стиль** педагогической деятельности, который определяется, в первую очередь, «индивидуально-своеобразной формой психологических средств, к которым сознательно или стихийно прибегает человек в целях наилучшего уравнивания своей (типологически обусловленной) индивидуальности с предметными внешними условиями деятельности».

Н.В. Кузьмина на основании проведенных ею психологических исследований, заключила, что эффективность деятельности педагога и его комфортное самочувствие как ее субъекта при прочих равных положительных влияниях обеспечивают:

- оптимальный уровень интеллектуального развития;
- синтетический, целостный, когнитивный стиль с высоким показателем дифференциации;
- гибкость и конвергентность мышления;
- активность, высокий темп реакции, лабильность;
- эмоциональная устойчивость, высокий уровень саморегуляции.

В последнее время в обществе интенсивно происходят образовательные реформы, которые должны нести в себе не только большой развивающий и обучающий потенциал, но и должны сохранять здоровье всех участников образовательного процесса. Это возможно, если педагог профессионально компетентен, физически и психологически здоров, а также устойчив к развитию негативных профессионально-обусловленных состояний. На сегодняшний день последняя задача остается трудновыполнимой. В связи с большой эмоциональной напряженностью профессиональной деятельности педагога, нестандартностью педагогических ситуаций, ответственностью и сложностью профессионального труда учителя, увеличивается риск развития синдрома «эмоционального выгорания».

М.В. Борисова, Д.Р. Мерзлякова определяют профессиональную деятельность педагога как один из наиболее напряжённых в психологическом отношении видов социальной деятельности, вследствие чего её можно отнести к разряду тех профессий, которые в большей степени подвержены влиянию феномена профессионального выгорания.

Впервые индивидуальные различия в склонности к развитию синдрома «эмоционального сгорания» стали рассматриваться как базисные предпосылки к выбору педагогической профессии Н.А. Аминовым. Им обнаружены связи индивидуальных различий в толерантности к развитию синдрома «эмоционального сгорания» с типологическими свойствами нервной системы (слабостью, лабильностью, активированностью нервных процессов). По мнению Н.А. Аминова, эти связи могут указывать на существование природных предпосылок к педагогической деятельности. Влияние выявленных индивидуальных различий в толерантности к развитию «эмоционального сгорания», по-видимому, наиболее значимо не на фазе выбора педагогической специальности, а в процессе обучения студентов средней и высшей педагогической школы и, особенно, в первые семь лет работы в школе.

Т.В. Форманюк также указывает, что по существу эмоциогенность заложена уже в самой природе учительского труда. Причем спектр эмоций весьма разнообразен: это и удовлетворение от удачно проведенного урока, и удовольствие от похвалы коллеги, и радость от успехов своих подопечных или коллег, и огорчение от сорванного урока, и сожаление из-за неподготовленности ученика к уроку, гордость избранной профессией или разочарование в ней и т. п.

Существующие исследования педагогической деятельности (С.Г. Вершловский, Л.Н. Лисохина, 1982; Н.В. Кузьмина, 1985; А.К. Маркова, 1993; Л. М. Митина, 1999, 2000; А. О. Прохоров, 1990; А. С. Слостенин, 1976; В.П. Сухомлинский, 1984; А.С. Шафранова, 1925; А.И. Щербakov, 1976; В.А. Якунин, 1988 и др.) также показали, что она обладает рядом особенностей, позволяющих характеризовать ее как потенциально эмоциогенную.

Л.М. Митина акцентирует внимание на том, что профессия учителя относится к разряду стрессогенных и эмоционально наиболее напряженных. Как профессиональная группа (в процентном соотношении к другим профессиям) учительство отличается крайне низкими показателями физического и психического здоровья, и эти показатели снижаются по мере увеличения стажа работы. Для проработавших в школе 15-20 лет характерны «педагогические кризы», «истощение», «сгорание».

Н.В.Кузьмина, А.К. Маркова, А.О. Прохоров, А.С. Слостенин, А.С. Шафранова, В.А. Якунин и др. указывают, что психическая напряженность педагогического труда обусловливается самой его спецификой, а именно: особенностями трех основных структурных компонентов: педагогической деятельности, педагогического общения и личности учителя.

Среди особенностей педагогической деятельности, влияющих на повышенный уровень нервно-психического напряжения, называются: высокая социальная ответственность за результаты своих действий; информационные перегрузки мозга в сочетании с дефицитом времени на усвоение и переработку непрерывно поступающих сведений; неопределенность возникающих педагогических ситуаций; необходимость быстрого принятия решений и их реализации при дефиците информации о случившемся; повседневная рутина, выражающаяся в стандартности, повторяемости элементов, высокой технологичности труда учителя; ролевая конфликтность; социальная оценка – необходимость являться объектом наблюдения и оценивания как со стороны учащихся, так и со стороны администрации, а также представителей вышестоящих инстанций; организационные проблемы, включающие в себя такие недостатки в организации деятельности педагога, как несоответствующий научной организации труда режим трудовой деятельности, чрезмерная перегруженность учителей; отсроченность и относительность результатов деятельности.

К стрессогенным особенностям педагогического общения относятся психологический климат (многие исследователи указывают на то, что конфликтность весьма характерна для педагогических коллективов); необходимость осуществления частых и продолжительных контактов с людьми (так называемый фактор «пресыщения общением»); взаимодействие с различными социальными группами (учащиеся, их родители, коллеги, представители администрации); специфика «объекта» труда,

проявляющаяся в его собственной активности. Все ситуации общения, отягощенные высокой ответственностью за людей, сопровождаются высокой эмоциональной и интеллектуальной напряжённостью.

Также выявлены особенности личности, обуславливающие эмоциональное неблагополучие педагогов: рассогласование мотивов личности и деятельности учителя, рассогласование между индивидуально-типологическими особенностями личностями.

Несмотря на то, что выгорание оказывает значительное негативное воздействие на психосоматическое здоровье и эффективность деятельности, не существует четкого представления о роли тех или иных психологических детерминант (факторов) в формировании данного феномена.

Фактор по определению Р. Готтсданкера – это параметр внешних условий либо особенностей объекта, влияющий на изменение зависимой переменной. Профессиональному выгоранию педагога способствует ряд личностных факторов.

М.В. Борисова в своей работе «Психологические детерминанты феномена эмоционального выгорания у педагогов»(2002) говорит о том, что эмоциональное выгорание педагогов обуславливается, прежде всего, индивидуально-личностными особенностями.

Это, во-первых, наличие рассогласования в ценностно-мотивационной сфере учителя, в частности, невозможность реализации в профессиональной деятельности жизненных смыслообразующих ценностей и значимых свойств личности, типов поведения и предпочтительного образа действий; во-вторых, высокий уровень нейротизма – эмоциональной неустойчивости личности как психодинамической характеристики. Эти особенности являются системными детерминантами возникновения и развития эмоционального выгорания педагогов, среди них: неумение контролировать эмоциональное состояние; неразвитость навыков моделирования значимых для достижения цели условий; программирования своих действий; недостаточная гибкость саморегуляции.

Как было сказано выше, эмоциональное выгорание учителя непосредственно связано с интериоризацией профессиональных стереотипов поведения в личностные качества. Речь идет, прежде всего, о формировании педагогической (эмоциональной, интеллектуальной, поведенческой) ригидности, показателем которой является частое использование учителем однотипных способов психологической защиты (Г.В. Митин, 2002), что приводит к образованию хронических мышечных зажимов (В. Райх, 1992).

По мнению В. Райха, физический и психологический панцирь – одно и то же, в этом случае функция панциря – защита от неудовольствия, однако организм платит за эту защиту потерей значительной способности к удовольствию.

А.А. Ерошенко установлено, что при низком уровне педагогического мастерства (педагогической компетентности) ригидность выступает в качестве фактора, затрудняющего адекватное принятие и преобразование сложных ситуаций общения, способствует закреплению жестких стереотипов в выборе педагогического воздействия. В то же время с возрастанием педагогического мастерства снижается степень выраженности установок относительно дистанции и доминирующей роли учителя в общении, а также степень применения императивных способов воздействия на учащихся, нетерпимости к ошибкам и недостаткам в поведении детей, требования их беспрекословного послушания.

А.И. Щербаков отмечает: «Нет другой области человеческой деятельности, где в результатах работы так сильно сказывались бы личные качества самого работника, его мировоззрение, выдержка, самообладание, умение влиять на детский коллектив и вести его за собой, как в педагогической работе». Отсюда вытекает высокая значимость негативных личностных качеств, формирующихся под влиянием трудовой деятельности.

Ряд исследований (О.Т. Ефименко, А.А. Хван, 1993, Л.И. Вассерман, М.А. Березин, 1997) позволяет утверждать, что высокий уровень внутренних конфликтов у педагогов связан также с необходимостью соответствовать высокому уровню социальных ожиданий окружающих, со стрессогенностью профессии, с перенапряжением физических сил, необходимых для выполнения профессиональных обязанностей. Установлено, что с увеличением стажа работы и возраста педагога, возрастанием учебной нагрузки неизбежно происходит накопление усталости, нарастание тревожных переживаний, снижение настроения, вегето-сосудистые расстройства и поведенческие срывы. Эти клинико-психологические проявления лежат в основе психологического феномена «выгорания» в виде эмоциональной и интеллектуальной истощенности, редуцированной работоспособности и депрессивных переживаний. Все это, по мнению педагогов, обуславливает стрессогенный характер профессиональной деятельности и влияет на физическое и психическое здоровье. Понятно, что определенные личностные характеристики можно назвать факторами риска в плане появления эмоционального выгорания.

В ходе сравнительного анализа проявляемых педагогами эмоциональных качеств, исследователями выделено значительное преобладание (в два раза) отрицательных эмоциональных состояний над позитивными: 78% учителей работают с крайне отрицательными эмоциональными состояниями неудовлетворенности, упадническими настроениями, раздражением. По данным А. Я. Чебыкина, около 50% педагогов испытывают трудности в регуляции собственных эмоциональных состояний.

Исследования Л.М. Митиной показали, что степень эмоциональной стабильности, в среднем, по группе учителей ниже, чем у других про-

фессиональных групп: у многих учителей (более 30%) показатель эмоциональной стабильности равен или даже ниже, чем у больных неврозами/ В результате обследования 7300 педагогов, собственно невротические нарушения выявились в 60 – 70% случаев. По данным исследований, наиболее высокий уровень тяжелых форм неврозов был отмечен среди работников системы народного образования.

С.Г. Вершловский и Л.Н. Лесохина исследуя профессиональную деятельность молодого учителя, говорят о том, что «пожалуй», ни в одной области профессиональной деятельности нет такого ясного понимания, что постоянный внутренний комфорт совершенно невозможен.

К.М. Левитан подчеркивает, что эмоциональные нагрузки в педагогической деятельности возникают не время от времени, а постоянно, при определении меры поощрения и наказания, решении конфликтных ситуаций, выборе методов и приемов обучения, воспитания и т.д. Каждодневная работа педагога сопровождается большой нервно-психической нагрузкой, так как все время ставит перед ним новые трудноразрешимые задачи без достаточного времени на обдумывание или расчет наиболее удачного решения. У каждого педагога возникают ситуации, встреча с которыми или ожидание которых имеет сильную эмоциональную окраску, и которых он стремится избежать.

Таким образом, постоянная психическая напряженность педагогов во многом обусловлена особенностями самой профессиональной деятельности.

Т.В.Форманюк и др. выделяют среди причинно – обуславливающих факторов синдрома «психического выгорания» три основные группы.

Первая группа – личностные факторы (характерологические особенности, личностные черты, самооценка, стиль сопротивления трудностям, пол, возраст, образование, семейное положение и др.). Вторая – организационные факторы (условия работы, рабочие перегрузки, содержание труда, стиль руководства и т. д.). Третья связана со специфическими особенностями выполняемой работы, в частности в педагогической деятельности: низкий престиж профессии, массовость, высокий уровень ответственности, феминизация профессиональной среды, напряженность психологического климата в коллективе, неукоснительное соблюдение профессионального эталона и следование высоким этическим принципам и др.

В.В. Бойко В.Е. Орел этиологию синдрома психического выгорания представляют двумя группами факторов. Первая группа это внешние (организационные) факторы. К данной группе относятся условия работы (рабочие перегрузки, продолжительность рабочего дня, дефицит времени), содержание труда (число клиентов, острота их проблем, глубина контакта с клиентом, обратная связь), социально-психологические (взаимоотношения в организации, отношение к объекту труда).

Рассмотрим сначала группу организационных факторов, куда включаются условия материальной среды, содержание работы и социально-психологические условия деятельности.

Условия работы. Основной упор в изучении этих факторов был сделан на временные параметры деятельности и объема работы. Практически все исследования дают сходную картину, свидетельствующую о том, что повышенные нагрузки в деятельности, сверхурочная работа, высокая продолжительность рабочего дня стимулируют развитие выгорания. Профессия педагога подпадает под эти параметры: так, сам по себе факт, что средняя величина рабочей недели учителя, равна по подсчетам Л.Ф. Колесникова (1985г.), 52 часам, намного выше той (40 часов), которая установлена по стране; очень низкая оплата труда, не обеспечивающая нормального существования (практически все исследования подтверждают, что недостаточное вознаграждение, денежное или моральное, или его отсутствие способствуют возникновению выгорания), как следствие сверхурочная работа, а значит повышенные нагрузки, что нередко приводит к фрустрации, тревожности, эмоциональному опустошению как предпосылке различных психических заболеваний.

Содержание труда. Данная группа факторов включает в себя количественные и качественные аспекты работы с клиентами (учащимися): их количество, частоту обслуживания, степень глубины контакта. Так, в профессии педагога большое количество учащихся в классе может привести к недостатку элементарного контроля, что будет являться главным фактором, способствующим выгоранию. Так же не секрет, что педагогам в настоящее время все чаще приходится иметь дело с детьми из социально-неблагополучных семей, острота проблем этих детей обычно способствует возникновению выгорания. Наиболее выпукло показано влияние этих факторов в тех видах профессиональной деятельности, где острота проблем клиентов сочетается с минимизацией успеха в эффективности их решения, в педагогике это могут быть классы коррекции, где при максимальном вложении усилий со стороны педагога, результат может оказаться не самым высоким. При этом отмечается, что любая критическая ситуация с учеником, независимо от ее специфики является травмирующей для педагога, отрицательно воздействуя на него и приводя, в конечном итоге, к выгоранию.

Социально-психологические факторы. Анализ взаимодействия между социально-психологическими отношениями работников к объекту их труда можно провести в двух направлениях: позиции работников по отношению к своим реципиентам и особенностей поведения самих реципиентов (учеников). Существует взаимосвязь между данной характеристикой и выгоранием. Данная зависимость может быть обусловлена спецификой самой деятельности. Так учителя, характеризующиеся наличием

опекающей идеологии во взаимоотношениях с учениками, а так же не использующие репрессивную и ситуационную тактики, демонстрируют высокий уровень выгорания. С другой стороны, атмосфера в коллективе учащихся и их отношение к учителю и учебному процессу могут провоцировать возникновение выгорания у педагогов. В частности, отмечается, что апатия учеников и неблагоприятная атмосфера в классе, например, активное сопротивление учителю в виде негативного поведения учеников вызывают у учителей выгорание.

Вторую группу составляют внутренние (индивидуальные) факторы. Среди этой группы выделяются социально-демографические (возраст, пол, уровень образования, семейное положение, стаж работы), личностные особенности (выносливость, локус контроля, стиль сопротивления, самооценка, нейротизм (тревожность) экстраверсия).

Орел В.Е. отмечает, что из всех социально-демографических характеристик наиболее тесную связь с выгоранием имеет возраст и стаж. Ю.Л. Львова выделяет причины спада профессиональной деятельности учителя старшего возраста, так называемый «педагогический кризис». По ее мнению, это:

- во-первых, стремление педагога использовать новые достижения науки и невозможность их реализовать в сжатые сроки обучения; отсутствия отдачи учащихся; несоответствие ожидаемого результата и фактического;

- во-вторых, возникновение и развитие излюбленных приемов, шаблонов в работе и осознание того, что нужно менять сложившуюся ситуацию, но как менять – неизвестно;

- в-третьих, возможность изоляции учителя в педагогическом коллективе, когда его поиски, инновации не поддерживаются коллегами, что вызывает чувство тревоги, одиночества, неверия в себя.

Большая часть учителей справляется с кризисом, но частично он может оказывать влияние на развитие выгорания.

Личностные особенности. Более всего риску возникновения СЭВ подвержены лица, предъявляющие непомерно высокие требования к себе. В их представлении настоящий педагог – это образец профессиональной неуязвимости и совершенства. Входящие в эту категорию личности ассоциируют свой труд с предназначением, миссией, поэтому у них стирается грань между работой и частной жизнью.

Таким образом, мы видим, что личностные характеристики людей приходящих в профессию, так же как характер профессиональной деятельности, играют не последнюю роль в формировании синдрома эмоционального выгорания.

Затрагивая вопрос о трудностях педагогической деятельности, Н.В. Кузьмина рассматривала их как показатели ее структуры. Трудность –

субъективное состояние напряженности, тяжести, неудовлетворенности, которое вызывается внешними факторами деятельности и зависит от характера самих факторов, образовательной, нравственной и физической подготовленности человека к деятельности и от отношения к ней. Причинами трудностей в педагогической деятельности, по мнению Н.В. Кузьминой являются:

- 1) объективные, непосредственно связанные с производственной деятельностью, не зависящие от учителя;
- 2) объективные, связанные с условиями жизни и быта учителя;
- 3) субъективно-объективные, которые коренятся в самом учителе, но зависят не только от него (недостаток опыта, теоретической подготовки и т.д.);
- 4) субъективные, связанные с особенностями личности учителя.

В числе основных трудностей, непосредственно связанных с деятельностью учителя, Н.В. Кузьмина называет: воспитание внимания учащихся, дисциплинированности, организацию детского коллектива, нехватку времени, большую педагогическую нагрузку, загруженность общественной работой, недостаточную помощь со стороны администрации. Она также отмечает, что напряженность взаимоотношений учителя с учащимися подчас возникает вследствие недостатков организации педагогической деятельности и перегрузок учителя.

В.А. Якунин, выделяя следующие функциональные компоненты педагогической деятельности, отмечает, что каждый из компонентов характеризуется своими специфическими трудностями, влияющими на состояние нервно-психического напряжения педагогов:

1. Целеопределение (целеполагание) – выступает как процесс проектирования личности обучаемого, воспитуемого или формирования модели будущего специалиста. На этапе отсутствия четко обозначенных и ясных целей привести к выбору неправильных или бесполезных решений, что может являться стресс-фактором. Учитывая специфику педагогической деятельности как деятельности совместной, этот функциональный компонент характеризуется трудностями соотношения и коррекции целей субъектов педагогической деятельности.

2. Информационный компонент включает в себя содержание труда учителя. Обучение и воспитание осуществляется на информационной основе, которая состоит из сведений о том, зачем, чему, как и при каких условиях, когда, кто и кого учит и учится. Поступающая информация должна быть полной, адекватной, точной, своевременной и доступной, непрерывной, структурированной и специфичной, следовательно, отсутствие или недостаточность информации может привести к повышенному напряжению.

3. Прогнозирование заключается в предсказании ближних и дальних психологических результатов обучения в определенных условиях его

осуществления. Иными словами, перед учителем встает задача определения и оценки возможных реальных эффектов и последствий от предполагаемых способов действий, заданных условиями обучения, учитывая при этом фактор времени. Трудности данного этапа обуславливаются невозможностью точного прогнозирования в связи со спецификой педагогической деятельности, осуществляющейся в условиях различных ограничений и изменчивых событий.

4. Принятие решений – это направленный выбор оптимальных способов индивидуального и коллективного влияния на личность. Это процесс выбора одного из множества возможных способов действия, который больше других удовлетворяет целям обучения и воспитания при сложившейся конкретной педагогической ситуации. Нужно подчеркнуть, что по своей природе сама необходимость принятия решений является стрессогенной.

5. Организационный компонент – перевод замысла или решения в реальное действие достигается реализацией его исполнения (реализация учебно-воспитательных планов, программ, педагогических решений). Организация исполнения представляет собой процесс упорядочивания деятельности отдельных лиц и подразделений, который связан с распределением работы между учащимся и преподавателем, а также с координацией совершаемых ими действий. При анализе затруднений в организаторской деятельности преподаватели испытывают основные трудности в регулировании процесса обучения.

6. Коммуникационный компонент представляет собой разнообразие форм взаимодействий участников образовательного процесса. Общение в его различных формах и функциях является основным ведущим способом осуществления деятельности. И от того, каким является это общение, зависит эмоциональная атмосфера, а, следовательно, и состояние участников образовательного процесса.

7. Контроль и коррекция. Контроль предполагает оценку фактических результатов обучения, и воспитания в различные интервалы времени; коррекция – это устранение нежелательных отклонений и изменений в психике и поведении учащихся. Затруднения, вызывающие повышенный уровень нервно-психического напряжения, могут обуславливаться выявлением расхождения между прогнозируемыми и реальными результатами деятельности педагога, а также необходимостью выбора адекватных способов коррекции личности и поведения учащихся.

А.О. Прохоров, проводя анализ динамики психических состояний учителя, показал, что психическое состояние педагога характеризует высокий динамизм, частая и резкая смена состояний, их высокая интенсивность и напряженность. В его исследованиях выделено несколько групп эмоциональных ситуаций в педагогической деятельности на основе обобщения ответов учителей. К ним относятся:

1) ситуации, возникающие в ходе урока при объяснении урока, при трудном для усвоения материале, непонимании, глупых вопросах, отказах учащихся отвечать и т.д.;

2) ситуации, складывающиеся в ходе взаимоотношений с учащимися при непредвиденной конфликтной ситуации, плохом поведении, грубости, бестактности;

3) ситуации, связанные с взаимоотношениями с коллегами и администрацией (конфликты с коллегами, перегруженность учебными и другими поручениями и пр.);

4) ситуации, связанные с регуляцией собственных эмоциональных состояний и, прежде всего, негативных – плохое самочувствие, раздражительность, волнение, тревога.

Наиболее конфликтогенной зоной внутреннего мира учителя, по мнению автора, является общение с администрацией и родителями. В исследованиях П.Д. Забугина и А.С. Шафрановой выделен ряд специфических особенностей труда учителя, вызывающих эмоциональное напряжение:

- необходимость длительной одновременной фиксации внимания на нескольких объектах как внутренних, так и внешних: план урока, собственная рефлексия, поведение отдельных учеников и всего класса;

- высокие требования к памяти – точность, быстрота запоминания и воспроизведения обширной информации;

- умение выразить свои чувства и представления посредством жестов, мимики, голосовых средств, большие нагрузки на голосовой аппарат;

- большие статические нагрузки – сохранение в течение нескольких уроков одной позы, что само по себе, при кажущемся отсутствии мышечного напряжения, может вызвать физическое утомление;

- существующие и в большинстве случаев выполняемые требования эмоциональной нейтральности в отношениях с учениками – с одной стороны учитель должен оставлять за порогом свои личные переживания, с другой – учителю не рекомендуется явно проявлять свои симпатии и антипатии к ученикам;

- частая смена учебных программ и необходимость замещать отсутствующих по болезни коллег, что увеличивает и без того высокие нагрузки учителя;

- необходимость домашней работы по проверке письменных заданий учеников и подготовки к занятиям, осуществляемые во внеурочное время, зачастую в ущерб семейным личным делам и отдыху.

Зарубежные исследователи преподавательского стресса связывают повышенную нервно-психическую напряженность педагогов со следующими особенностями преподавательского труда:

1) изменение микросоциальной ситуации;

- 2) взаимодействие с различными социальными группами – учащимися, родителями, коллегами;
- 3) ролевая неопределенность, обилие социально-ролевых ожиданий;
- 4) поведение и отношение детей;
- 5) восприятие и осмысление одновременных коммуникаций разнообразного рода.

Таким образом, теоретический анализ показывает, что эмоциогенность педагогического труда обуславливается его спецификой.

Исходя из теоретического анализа, психотравмирующие факторы, влияющие на возникновение и развитие у педагогов психического выгорания, можно разделить на две группы:

1) объективные, порождаемые условиями самой работы. К ним относятся:

а) взаимоотношения педагога с участниками образовательного процесса;

б) организация деятельности педагога;

2) субъективные – особенности личности учителя, куда входят:

а) особенности ценностно-мотивационной сферы педагога;

б) эмоциональные характеристики личности – биогенные, которые провоцируют чрезмерную чувствительность к определенным и, в значительной степени, естественным трудностям деятельности (эмоциональная устойчивость, нейротизм), и социогенные – умения и навыки использования субъектом приемов и способов саморегуляции эмоциональных состояний, в первую очередь, неблагоприятных.

Особую категорию составляют педагоги, работающие в системе специального образования. В настоящее время существует восемь основных видов специальных школ для детей с различными нарушениями развития.

В нормативно-правовых и официальных документах эти школы называются по их видовому порядковому номеру:

специальное (коррекционное) образовательное учреждение I вида (школа-интернат для глухих детей);

специальное (коррекционное) образовательное учреждение II вида (школа-интернат для слабослышащих и позднооглохших детей);

специальное (коррекционное) образовательное учреждение III вида (школа-интернат для незрячих детей);

специальное (коррекционное) образовательное учреждение IV вида (школа-интернат для слабовидящих детей);

специальное (коррекционное) образовательное учреждение V вида (школа-интернат для детей с тяжелыми нарушениями речи);

специальное (коррекционное) образовательное учреждение VI вида (школа-интернат для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата);

специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида (школа или школа-интернат для детей с трудностями в обучении – задержкой психического развития);

специальное (коррекционное) образовательное учреждение VIII вида (школа или школа-интернат для детей с умственной отсталостью).

Специфика обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии предполагает повышенные требования к профессиональной компетентности и личностным особенностям педагога специальной (коррекционной) школы.

В отличие от профессиональной деятельности учителей общеобразовательных школ сферами профессиональной компетентности педагогов, работающих в системе специального образования, являются: профилактическая работа, педагогическая диагностика и консультирование, специальное педагогическое просвещение, коррекционно-развивающая образовательная и социально-педагогическая деятельность, организация и управление образованием, участие в психологической и психотерапевтической помощи.

Как правило, образовательная среда в учебных учреждениях такого типа отличается высокой эмоциональной загруженностью, вызываемой наличием большим числом стрессогенных факторов (С.Б. Гнедова, 2007; Н.А. Ковалева, 2007; Е.М. Лысенко, 2005 и др.), что не может не сказаться на состоянии психологического здоровья педагогического персонала.

Проблема здоровья именно данного контингента педагогических работников не является абсолютно новой. В 1925 г. А.С. Шафранова в работе «Из опыта изучения труда работников просвещения. Педагоги глухонемых», указывала на влияние чрезмерной психической напряженности труда учителя-дефектолога на нервную и сердечнососудистую системы. Позже Н.М. Назарова, анализируя данные опроса сурдопедагогов, подтвердила, что около 40% из них страдают явно выраженными нервными расстройствами, возникающими именно на профессиональной почве.

В настоящее время разные аспекты психологического здоровья, как условия успешной профессиональной деятельности учителей и воспитателей коррекционных школ, специальных детских домов, а также школ-интернатов, нашли отражения в исследованиях Р.О. Агавелян, 2000; В.А. Генкиной, 2000; А.Х. Пашиной, 1995; Е.В. Улыбиной, 2004; Т.И. Яндановой, 2000 и др.). Вместе с тем, несмотря на свое практическое и теоретическое значение, проблема психологического здоровья специальных педагогов на настоящий момент недостаточно представлена в науке.

Основными психологическими компонентами здоровья являются степень удовлетворенности работой, состояние эмоционально-аффективной сферы, уровень межличностных отношений, самовосприятие в профессиональном плане и самореализация.

Деятельность учителей-дефектологов отличают большие психоэнергетические затраты, обусловленные наличием комплекса профессиогенных факторов стресса, связанных с условиями труда и состоянием материально-технической; качественной спецификой детских коллективов; не-

обходимостью напряжённого контроля за доступностью подачи учебного материала с учетом структуры дефекта, индивидуальных особенностей и компенсаторных возможностей каждого ребёнка; постоянной тревогой за уровень усвоения и подачи информации; повышенной степенью ответственности за детей с ограниченными возможностями здоровья; сложностью и непредвиденностью, возникающих педагогических ситуаций; осознанием социальной незащищённостью самих педагогов и т.д.

Несмотря на перечисленные стрессогенные факторы, основным, по мнению В.В. Бойко, является сложный контингент учащихся. Именно в связи с влиянием данного фактора чаще всего возникают симптомы эмоционального выгорания и другие нарушения психологического здоровья педагогов.

В исследовании А.Х. Пашиной указывается, что подавляющее большинство сотрудников закрытых образовательных учреждений имеют высокий уровень функциональной тревожности. Оказалось, что с увеличением стажа работы (но не возраста) в образовательных учреждениях данного типа нейтральный эмоциональный фон, доминирующий в настроении сотрудников в первые годы работы замещается страхом или печалью. Параллельно отмечается увеличение уровня тревоги и эмоциональности. Следовательно, общение в течение ряда лет со специфическим контингентом детей не просто накладывает определенный отпечаток на взрослых, работающих в подобных учреждениях, а приводит к значительной деформации их эмоциональной сферы.

Также А.Х. Пашина указывает на наличие недостатков и в организации самого образовательного процесса; невозможность получить эквивалентный затраченному труду результат у воспитанников.

Исследования разных авторов на предмет удовлетворённости педагогов профессиональной деятельностью выявили целый ряд факторов, усугубляющих эмоциональную неудовлетворённость.

Р.О. Агавелян отмечает, что многие специалисты видят некую бессмысленность в профессиональной деятельности, которая связывается с индифферентным отношением и отрицательными установками к детям и выступает определенной защитой психологического здоровья самих учителей, стимулируя тем самым их психическое выгорание.

У педагогов специальных (коррекционных) школ проблем в общении с учениками больше, чем у учителей массовых образовательных учреждений. Многим педагогам не свойственна социальная смелость и активность, у них отсутствует склонность к риску, а предпочтение отдается узкому кругу субъективно значимых лиц. В результате чего у них наблюдается более высокий уровень психического выгорания и психологического нездоровья.

Среди факторов, снижающих уровень удовлетворенности работой и профессией и являющихся риском возникновения и развития синдро-

ма выгорания, называется низкая социальная поддержка со стороны коллег и людей, стоящих выше по профессиональному и социальному положению, а также других лиц (семьи, друзей и т.д.).

Практически во всех исследованиях, отмечаются трудности общения при контактах с коллегами, которые носят в основном эмоциональный характер и представляют собой проявления личностных деформаций в отношениях (Р.О. Агавелян, Т.И. Янданова).

Это связано с целым набором психологических защит, которые препятствуют развертыванию нормальных взаимоотношений, нарушают понимание учителем других и себя. Он становится менее адаптирован в социальной среде, конфликтует, что является проявлением невроза и синдрома «выгорания».

Т.И. Янданова указывает на тот факт, что у значительной части учителей-дефектологов с ростом стажа работы в школах проявляются чувство беспокойства, неуверенность в себе, нерешительность, тревожность и впечатлительность, стеснительность. Эти показатели достаточно подтверждают эмоциональное неблагополучие, которое сложилось в психической сфере многих педагогов. Недовольство собой усиливается в случае, если педагог не может сохранить спокойствие и проявляет отрицательные эмоции, либо испытывает подавленное настроение и состояние тревоги, либо переживает чувство неуверенности в своих действиях.

Таким образом, имеющиеся данные о психологическом здоровье педагогов системы специального образования показал, что многие из них испытывают чувство неудовлетворения от профессиональной деятельности, проявляют эмоциональную неустойчивость и неуравновешенность, негативно воспринимают окружающих через призму своих стрессов и тревог, сниженного отношения к себе, работе и жизни в целом. Все это может свидетельствовать о возникновении и развитии симптомов эмоционального выгорания и оказывать определенное влияние непосредственно на психологическое здоровье учащихся с ограниченными возможностями здоровья.

Механизм такого воздействия может быть рассмотрен с позиций концепций созависимости и эмоционального симбиоза. Феномен «созависимости» в контексте проблемы эмоционального выгорания рассматривается как «зависимость от зависимости», то есть смещение мотивов и целей деятельности с проактивных, социально-значимых на субъективные, эгоцентрические, эмоционально значимые. Другими словами, созависимость для педагогов означает более или менее осозанный отказ от достижения социально значимых, социально престижных целей деятельности, отказ от стимулирования ребенка к раскрытию его творческого и интеллектуального потенциала ради удовлетворения субъективных и эмоциональных целей. Таким образом, можно утверждать, что подсознательно учителя не ожи-

дают, что ребенок чему-то научится, тем самым смещая акцент в профессиональной деятельности с содержания обучения на сопровождающие его эмоциональные отношения в системе «учитель–ученик».

Концепция эмоционального симбиоза М.Н. Мироновой определяется как «экстремальная форма взаимозависимости, вплоть до слияния, в которой теряется индивидуальность. На примере педагогов и психологов школ КРО рассматривается их неосознанная установка на эмоционально-центрированное общение, отодвигающее на задний план учебную деятельность, сотрудничество, направленное на формирование знаний, умений, навыков, усложнение психических функций. В свою очередь это встречает «поддержку и заинтересованность» со стороны нуждающихся в симбиотической привязанности школьников. В результате связи, возникающие внутри этой сложной симбиотической общности, исключительно эмоционально насыщенные, что и создаёт основу для развития синдрома «эмоционального выгорания» у специалистов КРО. У детей и, особенно, подростков коррекционных школ, создаются условия для невротического или акцентуированного развития личности.

Таким образом, имеющиеся теоретические исследования и эмпирические данные позволяют сделать следующие выводы:

Наличие эмоциональных и коммуникативных перегрузок в процессе решения профессиональных педагогических задач оказывают существенное влияние на нарушение психологического здоровья учителей.

К возникновению нейротизма и тревожности педагогов приводит высокий уровень неудовлетворенности профессиональной деятельностью в современных условиях функционирования системы образования.

Педагогическая деятельность отличается насыщенностью функциональными обязанностями, как в рабочее, так и во вне рабочее время.

Среди негативных изменений в межличностной сфере педагогов особое место занимают высокая агрессивность, жестокость, тенденция навязывания своего «Я», стремление к власти и т.д.

Одним из наиболее стрессогенных факторов, приводящих к возникновению синдрома эмоционального выгорания педагогов, работающих в системе специального образования, является сложный контингент учащихся, имеющих ограниченные возможности здоровья.

6.3. Психофизиологические основы профилактики эмоционального выгорания педагогов

Исследователи проблемы эмоционального выгорания единогласны во мнении о том, что наиболее эффективным способом снижения уровня синдрома эмоционального выгорания является его профилактика.

С целью профилактики и преодоления данного состояния необходимо особое внимание обратить на применение эффективных психофизиологических, психологических и педагогических технологий, направленных на сохранение здоровья педагогов, снижение риска формирования синдрома «эмоционального выгорания» и появления кризиса профессии в целом.

В настоящее время существует множество механизмов антивыгорания, среди которых особый интерес вызывают модели, основанные на когнитивно-поведенческой терапии А. Эллиса и А.Т. Бека. Они направлены на усиление чувства контроля над своей жизнью посредством обучения контролю своих эмоций. С точки зрения ученых, эмоции связаны с событиями, происходящими в нашей жизни. Разработчики терапии предполагают, что у людей могут быть неадаптивные и иррациональные способы интерпретации таких событий, вызывающие сильные эмоциональные расстройства и стресс. Считается, что настроение и поведение индивидуума в значительной степени определяются присущим ему способом толкования и объяснения мира. Эллис описывает эти конструкции как отрицательные когнитивные модели, или «схемы», подобные фильтрам, через которые происходит отбор и интерпретация определенных событийных аспектов. В соответствии с данным положением Т. Кушнир и В. Мильбауер предложили программу, основанную на том, что для профилактики стресса и выгорания необходима переоценка суждений (убеждений) относительно себя, других людей, мира и их изменения в сторону большей реалистичности и рациональности.

Р.Д. Рамси считает, что в основе профилактики выгорания находится установка отношение человека к своей профессиональной деятельности. Каждое рабочее задание имеет определенные неприятные аспекты и потенциал для наличия вызова, достижения удовлетворения и чувства профессиональной гордости. Автор предлагает план «самообновления», который включает ряд рекомендаций: приобретение новых знаний и навыков; определение новых целей в работе и жизни в целом; личностный рост; обучение и помощь малоопытным работникам; развитие лидерского потенциала; рациональный режим труда и отдыха; периодическую переоценку себя и своих достижений; сбалансированный образ жизни.

На основе вышесказанного и учитывая опыт изучения синдрома эмоционального выгорания, представленный во многих эмпирических исследованиях, можно заключить, что целями профилактической работы является обучение навыкам саморегуляции и конструктивного поведения в экстремальных ситуациях; формирование позитивного отношения к действительности через рефлекссию и когнитивную переоценку основных жизненных ценностей, развитие профессионально важных качеств в различных ситуациях взаимодействия формирование индивидуального стиля деятельности и профессиональной компетентности и т.д.

Основой профилактики является личностная психологическая подготовка специалиста, под которой подразумевается овладение теоретическими знаниями и практическими навыками развития стрессоустойчивости.

Разработка профилактических мероприятий должна учитывать особенности профессиональной деятельности и специфические для нее факторы риска.

В педагогической деятельности проблема устойчивости к психологическому стрессу активно исследуется как в зарубежной, так и в отечественной литературе. Критерии устойчивости к психологическому стрессу активно рассматривались в трудах по психологии деятельности и психологии здоровья.

Под стрессоустойчивостью личности на социально-психологическом уровне понимается: сохранение способности к социальной адаптации; сохранение значимых межличностных взаимоотношений; обеспечение успешной самореализации, достижения жизненных целей; сохранение трудоспособности; сохранение физического и психического здоровья.

Из свойств личности, которые способствуют успешному совладанию со стрессами, можно назвать: способность руководить своими действиями и поступками, быть ответственным перед собой за все происходящее (уровень субъективного контроля). Наличие таких качеств личности, как эмоциональная зрелость, устойчивость, уверенность в себе, спокойствие, низкое эго-напряжение, социальная смелость, потребность в самоактуализации можно рассматривать как внутрличностные механизмы преодоления стрессовых состояний и механизмами совладания (coping).

Л.А. Александрова определяет стрессоустойчивость как интегральную способность личности, выделяя в ее структуре блок общих и блок специальных способностей. К общим в этом случае отнесены те особенности личности, которые задействованы в психологическом преодолении, осуществляемом зрелой личностью. Их можно также называть психологическими или личностными ресурсами. Сюда включаются базовые личностные установки, ответственность, самосознание, интеллект и смысл как главный вектор, организующий активность человека и придающий этой активности сознательность.

Автор указывает на сходство специальных способностей с пониманием «личностного адаптационного потенциала», включающим различные базовые навыки и умения человека, а также навыки и опыт использования копинг-стратегий. Сюда относятся коммуникативные способности, организаторские, эмпатические, рефлексивные, обеспечивающие эффективную реализацию избранной стратегии преодоления.

Специальными способностями в этом случае будут выступать навыки преодоления различных типов ситуаций и проблем, взаимодействия

с людьми, саморегуляции и т.д., словом, те, которые отвечают за успешность решения конкретных специфических жизненных проблем.

П.В. Румянцева подчеркивает, что основным психологическим качеством, обеспечивающим стрессоустойчивость, является уровень личностной зрелости специалиста. Здесь подразумевается степень осознания себя, способность брать на себя ответственность, принимать решения и делать выбор, умение строить гармоничные взаимоотношения с другими людьми, открытость изменениям и принятие своего и чужого опыта во всем его многообразии. Исследование, проводимое П.В. Румянцевой, показало, что чем выше уровень профессионального мастерства и субъективного контроля учителя (то есть склонность принимать на себя ответственность за свое поведение в эмоционально значимых ситуациях), тем меньше проявляется у него СЭВ в целом, и тенденция развития негативного отношения к ученикам, в частности.

Эти результаты показывают, что истоки профилактики СЭВ лежат в позитивном и ответственном отношении не только к своей профессии, но и к себе и собственной жизни.

Данный взгляд на природу СЭВ приводит к выводу о том, что для действительно эффективного преодоления СЭВ специалисту необходимо работать над переосмыслением своей роли в профессиональной деятельности и осознанием ее индивидуального личностного смысла для себя.

Никольская И.М., Грановская Р.М. указывают, что устойчивость к психологическому стрессу, под которой понимается интегральная личностная характеристика, обеспечивает определенное отношение между всеми компонентами психической деятельности в эмоциогенной ситуации и тем самым содействует успешному выполнению деятельности. Формирование устойчивости к психологическому стрессу как «защитенности» сопровождается привлечением стандартных, слабо адаптивных способов взаимодействия со стресс-факторами.

Устойчивость, проявляющаяся как «активное самосохранение», характеризуется более широким спектром проявления личности, связанных с особенностями совладающего поведения (копинг-стратегия): присвоением ответственности за собственный выбор, предпочтением индивидуальных, гибких способов преодоления стресса, стремлением к личностному росту и развитию, развитыми межличностными коммуникациями.

Как отмечают И.М. Никольская, Р.М. Грановская, копинг-стратегии успешно осуществляются при соблюдении трёх условий: а) достаточно полном осознании возникших трудностей; б) знании способов эффективного совладания с ситуацией именно данного типа; в) умением своевременно применить их на практике.

Е.П. Ильин утверждает, что на формирование тех или иных защитных стратегий влияет темперамент. Высокая эмоциональность холери-

ков и меланхоликов приводит к необходимости создания у них систем преодоления. Более спокойные сангвиники меньше нуждаются в раннем развитии данных механизмов, которые проявляются у них в основном при возникновении морально или социально сложных ситуаций.

В современной отечественной психологии разрабатывается понятие личностного адаптационного потенциала. Автором данного понятия является А. Г. Маклаков, который определяет личностный адаптационный потенциал как личностное свойство человека, обуславливающее устойчивость человека к стресс – факторам различного рода.

Адаптация понимается не только как процесс, но и как свойство живой саморегулирующейся системы, заключающееся в способности адаптироваться к меняющимся внешним условиям.

Именно особенности личности по А.Г. Маклакову предопределяют возможность адекватной регуляции физиологического состояния человека и обуславливают его адаптационные способности. Чем более значительны адаптационные способности, тем значительнее вероятность сохранения нормальной работоспособности и эффективной деятельности при отрицательных воздействиях внешних условий.

Оценка адаптационных способностей человека может быть осуществима через оценку сформированности психологических характеристик и свойств, которые имеют принципиальное значение для регуляции психического равновесия и самой адаптации.

Чем более высоко развиты данные характеристики, тем более высока вероятность успешной адаптации личности и тем шире диапазон стресс-факторов внешней среды к которым она может адаптироваться.

Согласно А.Г. Маклакову, существующие психологические способности человека и определяют его личностный адаптационный потенциал, который опосредован: адекватной самооценкой личности как основным аспектом саморегуляции, определяющим адекватность восприятия условий деятельности и собственных потенциалов; нервно- психической устойчивостью, уровень формирования которой обеспечивает стресс-толерантность; конфликтность личности; приобретённый опыт социального общения; чувство социальной поддержки, обеспечивающее личную значимость и значимость для окружения, что можно отнести к личностным и средовым ресурсам совладания и умению ими пользоваться и управлять.

Перечисленные характеристики являются значимыми при оценке ситуации и прогнозе успешной адаптации и при оценке временных параметров восстановления психологического равновесия личности.

Саморегуляция – это управление своим психоэмоциональным состоянием, достигаемое путем воздействия человека на самого себя с помощью слов, мысленных образов, управление мышечным тонусом и дыханием.

Ряд авторов (Ю. Пахомов, М. Рубинштейн, А. Чебыкин и др.) утверждают, что при проектировании целей совершенствования сферы саморегуляции следует говорить об уровнях ее развития. Низкий уровень: специалист подстраивается под обстоятельства и групповые отношения, не осознает жизненных перспектив, не проявляет самокритичности. Средний уровень: в поведении и деятельности специалиста непоследовательно проявляются качества и признаки высокого, то есть самостоятельное поведение чередуется с бессознательным или осознанным приспособлением к окружающим. Высокий уровень: индивид по преимуществу сам организует свою жизнь и деятельность, руководствуется своими целями, перспективами, находит способы преодоления трудностей, занимается саморазвитием.

Необходимость саморегуляции возникает в период решения сложных профессиональных задач, в ситуации максимального нервного напряжения каждый учитель должен суметь помочь себе. Процесс саморегуляции складывается из управления своим поведением, эмоциями, действиями. Самым доступным способом саморегуляции является аутогенная тренировка. Это система упражнений, направленных на регуляцию психическим и физическим состоянием. Основан метод на сознательном воздействии на собственный организм с целью его релаксации и активации. Аутогенная тренировка помогает профессионалу достаточно быстро приходиться в нужное состояние, улучшает настроение и общее самочувствие.

Андреева И.Н. отмечает, что «проблема эмоционально регуляции и саморегуляции является одной из важнейших психолого-педагогических проблем, актуальных для личностного развития».

По мнению Яковлевой Е.Л., развитие личности не представляется возможным без самопознания, с которым тесно связаны эмоциональные переживания: чем больше познание с сердцевинной «Я», тем в большей мере в нем задействованы эмоции.

В ряде современных теорий эмоции рассматриваются как особый тип знания. В соответствии с данным подходом важным становится понятие «эмоциональная компетентность» (эмоциональный интеллект), который характеризуется как:

- способность действовать в соответствии с внутренней средой своих чувств и желаний;

- способность понимать отношение личности, репрезентируемые в эмоциях и управлять эмоциональной сферой на основе интеллектуального анализа и синтеза.

Г.Г. Горшкова подчеркивает, «что необходимым условием эмоциональной компетентности является понимание эмоций субъектом».

В отличие от абстрактного и конкретного интеллекта, которые отражают закономерности внешнего мира, эмоциональный интеллект отражает внутренний мир и его связь с поведением личности и взаимодействием реальностью.

По мнению П. Сэловея, эмоциональная саморегуляция включает ряд следующих способностей:

- распознавание собственных эмоций;
- владение эмоциями;
- понимание эмоций других людей.

Развитие эмоциональной саморегуляции весьма актуально, так как:

-эмоции играют адаптивную роль, способствуют выживанию индивида на всех уровнях, а, следовательно, развитие эмоциональной саморегуляции повышает адаптивные возможности и способствует гармоничному взаимодействию личности с обществом;

-эмоции связаны с личностной идентичностью, представляют собой основную мотивационную систему человека, в эмоциях представлены личностные смыслы.

Таким образом, развитие эмоциональной саморегуляции способствует гармоничному личностному развитию, позволяет создавать дополнительные мотивирующие факторы.

Яковлева Е.Л. подчеркивает, что «осознание собственной индивидуальности есть не что иное как осознание собственных эмоциональных реакций и состояний, указывающих на индивидуальное отношение к происходящему».

Развитие эмоциональной саморегуляции представляется особенно актуальным для повышения психологической культуры учителя.

Управление эмоциями и чувствами предполагает их осознание и контроль за формой проявления. Осознание эмоций – это:

- отчетливая фиксация человеком своего состояния, создающая возможность управления и контроля за этим состоянием;
- способность выразить это состояние в знаковой форме.

Именно на уровне осознания возможен контроль за эмоциями, то есть способность предвидеть их развитие и понимание факторов, от которых зависит их сила, продолжительность и последствия.

Взаимодействие интеллекта и эмоции способствует эмоциональной саморегуляции, снижению интенсивности негативных эмоциональных переживаний.

Развитие эмоциональной саморегуляции учителя связано не только с требованиями профессии: уметь понимать учащихся, создавать позитивный эмоциональный фон общения, но и с удовлетворенностью собственной компетентностью, успехами в каждодневном эмоциональном общении, с переживанием личностного и профессионального роста.

Важным аспектом является преодоление эмоциональной ригидности учителя. Эмоциональная саморегуляция позволит учителю самостоятельно развивать эмоциональную гибкость, под которой понимается гармоничное сочетание эмоциональной экспрессивности и эмоциональной устойчивости учителя – способность осуществлять необходимую деятельность в сложных эмоциональных условиях. Психологическим условием развития эмоциональной гибкости является осознание учителем роли и значения эмоциональной сферы личности, в оптимизации деятельности, общения, психического и физического здоровья, как учителя, так и учеников.

Психокоррекционная и профилактическая работа может осуществляться как индивидуально, так и группе.

Группы людей, создаваемые с психокоррекционными целями, могут быть следующих видов: Т-группы; группы встреч; гештальт-группы; группы психодрамы; группы телесной терапии; группы тренинга умений. Каждый тип группы направлен на решение конкретных целей, предполагает взаимодействие по определенным правилам. Применительно к педагогической деятельности охарактеризуем сферу практического применения каждого вида групп и соответственно тренингов.

Существуют следующие виды тренингов:

- эмоциональная саморегуляция,
- социально-психологические,
- гештальт-терапия,
- группы психодрамы,
- группы тренинга умений,
- группы телесной терапии,
- группы встреч.

Эмоциональная саморегуляция. Работа направлена на то, чтобы помочь педагогу лучше узнать самого себя как личность; выработать индивидуальный стиль деятельности, научиться лучше понимать своих коллег и родителей, с которыми приходится вступать в общение по поводу обучения и воспитания детей; обучение правильному поведению в ситуациях межличностного общения.

При коррекционной работе следует учитывать, что не осознаются:

- эмоциональные стрессы, которые возникли и формировались в раннем возрасте;
- ставшие привычными чувства к людям, с которыми имеется тесная связь;
- эмоциональные реакции и состояния, осуждаемые или не принимаемые в данной культуре.

Для повышения адаптационных возможностей личности и обучения навыкам саморегуляции целесообразно использовать различные способы регуляции психофизиологического состояния, включающие упражнения (в том числе дыхательного, релаксационного типа или с элементами

аутотренинга) на управление нервно-психической напряженностью, настроением, психическим состоянием с помощью переключения внимания, на самоконтроль внешнего состояния и проявления эмоций.

Определяющими эффективность психокоррекционной являются следующие компоненты:

- мотивирующий: предполагает создание у участников мотивации на самопознание, обретение новых знаний, умений, навыков (рефлексии, педагогической наблюдательности, саморегуляции и т.д.),

- диагностический: каждый участник получает возможность объективировать свои особенности как субъекта педагогического взаимодействия,

- тренировочный (или инструментальный): обеспечивает развитие у участников определенных навыков. Например, навыков саморегуляции, интерпретации поведения других и др.

Все компоненты присутствуют при выполнении конкретного упражнения, направленного на развитие эмоциональной саморегуляции.

В результате саморегуляции могут возникнуть три основных эффекта: эффект успокоения (устранение эмоциональной напряженности), восстановление психических сил (ослабление проявлений утомления), эффект активации (повышение психофизиологической активности) [38].

Своевременная саморегуляция выступает своеобразным психогигиеническим средством, предотвращающим накопление остаточных явлений эмоционального напряжения, нормализующим эмоциональный фон деятельности.

Социально-психологические тренинги. Общая цель социально-психологических тренингов – повышение компетентности в сфере общения. Социально-психологический тренинг проводится в группах по 8-15 человек. Обычный цикл занятий рассчитан на 30-50 часов. Занятия могут проводиться с интервалами в 1-3 дня и средней продолжительностью каждого занятия 3 часа.

А.А. Осипова считает, что более эффективен так называемый «марафон», когда проводится несколько занятий подряд по 8-10 часов. В процессе социально-психологического тренинга применяется ряд методических приемов: групповая дискуссия, ролевая игра, невербальные упражнения.

Если работа ведется в группе учителей, то она направлена на то, чтобы помочь учителю лучше узнать себя как личность, отработать индивидуальный стиль деятельности, научиться лучше понимать своих учеников, их родителей; на социально-психологических тренингах отрабатываются умения правильного межличностного взаимодействия.

Гештальт-группы. Внешнее отличие практики гештальт-групп от социально-психологических групп и групп встреч заключается в том, что руководитель гештальт-группы работает не со всеми одновременно, а с одним участником, который сам соглашается стать главным действу-

ющим лицом и занимает «горячее место». Остальные члены группы наблюдают за процессом взаимодействия ведущего и клиента. Главная цель заключается в том, чтобы в результате такого наблюдения участники группы стали лучше понимать и осознавать собственные проблемы, идентифицируя себя с главным участником. В группе действует принцип «здесь и сейчас». Каждый участник сосредоточен на осознании ощущений и переживаний настоящего момента. Саморегуляция человека зависит от осознания того, что с ним сейчас происходит, и от способности жить текущими заботами. Участники группы не должны обращаться к прошлому опыту и не должны думать о будущем.

Основные формы работы гештальт-групп:

- клиент-центрированная терапия,
- группо-центрированная терапия,
- «мастерская».

Работа руководителя группы осуществляется не со всеми участниками, а один на один с кем-либо из ее членов, добровольно согласившимся на время стать главным действующим лицом. Ключевыми понятиями в работе такой группы являются «осознание» и «сосредоточенность на настоящем». Опыт работы в таком направлении повышает эффективность индивидуальной педагогической работы с детьми.

Группы психодрамы. Целью группы психодрамы является раскрытие духовного мира человека. Для этого используются инсценировки жизненных ситуаций. Психодрама может быть символической, аллегорической или представлять реальные события. Используется ролевая игра, обыгрываются конкретные жизненные ситуации. Учителю такие группы помогают раскрыть свои творческие способности, стать раскованным, преодолеть чувствительную и установочную ригидность. Кроме того, во время психодрамы происходит поиск эффективных путей решения психологических проблем разных уровней: от бытового до экзистенциального.

Педагог, прошедший курс психодрамы, с успехом может использовать соответствующие знания для разнообразных занятий с учащимися на уроках.

Группы тренинга умений. Цель группы – выработка нужных внешних форм поведения. Тренинг включает в себя следующие компоненты:

- учебную модель: члены группы рассматриваются как лица, желающие приобрести определенные умения, навыки, которые помогут им улучшить взаимодействие с другими людьми;
- постановку цели: целью группы является отработка такого поведения, которое будет приемлемо не только для самого человека, но и для общества;
- измерение и оценку: задачи группы умений сводятся в основном к решению двух основных проблем: избыток чего-то (много курит, ис-

пытывает излишние эмоции) и недостаток чего-то (недостаток уверенности в себе, недостаток контакта). Эти проблемы могут оцениваться и измеряться в количественном отношении (в шкалах, баллах, физиологических показателях).

На таких тренингах отрабатывается конкретное умение. Например, умение учителя преодолевать конфликты со своими воспитанниками, умение общаться с агрессивно настроенными родителями. Полезно использовать при выработке профессиональных коммуникативных умений будущих педагогов.

Группы телесной терапии. Используются методы, ориентированные на изучение тела, осознание собственных телесных ощущений, на исследование того, как потребности желания и чувства проявляются в различных физических состояниях, и на обучение способам исправления нарушений. Тренинги телесной терапии помогают выйти накопившейся энергии, что является действенной профилактикой заболеваний. Виды телесной терапии являются сильными методами эмоционального высвобождения и эффективных изменений в теле, чувствах личности.

Группы встреч. Цель группы – помочь каждому участнику осознать себя как личность, раскрыть потенциал каждого. Такой тренинг особенно полезен для молодых учителей, поскольку помогает повысить уровень самосознания. Можно включать старшеклассников и родителей для достижения доверия между взрослыми и детьми.

Аутогенная тренировка. Используется как способ саморегуляции в ситуациях, которые связаны с повышенным эмоциональным напряжением. Работа учителя связана с интенсивным общением с учащимися, родителями, что требует от него эмоционально-волевой регуляции. Аутотренинг представляет собой систему упражнений для саморегуляции психических и физических состояний. Он основан на сознательном применении человеком различных средств психологического воздействия на собственный организм и нервную систему с целью релаксации и активации. Использование аутогенной тренировки позволяет целенаправленно изменять настроение, самочувствие, что положительно отражается на здоровье и работоспособности.

Литература:

1. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии // Сибирская психология сегодня: Сб. научн. трудов. – 2004 – Вып. 2. – С. 82-90.
2. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1968.
3. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – М.: Изд-во «ПЕР СЭ», 2006.
4. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб.: Питер, 1999. – С. 99-105.

5. Борисова М.В. Психологические детерминанты феномена эмоционального выгорания у педагогов // Вопросы психологии. – 2005. – № 2. – С. 96–103.

6. Вершловский С.Г. Учитель крупным планом. Социально-педагогические проблемы учительской деятельности. – СПб., 1994. – С. 32.

7. Генкина В.А. Развитие социального интеллекта педагога. – СПб.: ПИТЕР, 2001. – 192 с.

8. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. – СПб.: ПИТЕР, 2002. – С.221.

9. Ильин. Е.П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности. – СПб.: Питер, 2008.

10. Кризисная психология. Справочник практического психолога / сост. С.Л. Соловьева. – М.: АСТ; СПб.: Сова. – 2008

11. Кузьмина Н.В. Очерки психологии труда учителя. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1967. – 304 с.

12. Лапин И.П. Зачем «копинг», когда есть совладание? // Социальная и клиническая психиатрия. –2009.–№2. – С.57 –59.

13. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М.: Academia, 2004.

14. Львова Ю.Л. Социально-педагогические проблемы развития профессиональной и общественной активности учителей. – М., 1988.

15. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях// Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 1. – С. 16 – 24.

16. Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2005.

17. Митина Л.М. Эмоциональная устойчивость учителя: психологическое содержание, генезис, динамика// Школа здоровья. – 1995. – Т.2. – №1. –С.25-43.

18. Митина Л.М., Асмаковец Е.С. Эмоциональная гибкость учителя: психологическое содержание, диагностика, коррекция. – М.: Флинта, – 2001. – 192 с.

19. Назарова Н.М. Развитие теории и практики дефектологического образования. Сурдопедагог: история, современные проблемы, перспективы профессиональной подготовки. – М.,1992.

20. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2000.

21. Орел В.Е. Синдром психического выгорания личности. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005.

22. Орел В.Е. Феномен выгорания в зарубежной психологии. Эмпирическое исследование // Психологический журнал. – М.: Наука, 2001.

23. Осипова А.А. Общая психокоррекция. – М.: Сфера, 2002. – 512 с.

24. Пашина А.Х. Опыт исследования эмоциональной сферы у сотрудников детского дома // Психологический журнал. – 1995. – №2. – С. 42-50.

25. Пашина А.Х., Рязанова Е.П. Особенности эмоциональной сферы воспитанников и сотрудников детского дома // Психологический журнал. – М. – 1993. – №1. – С. 44-52.
26. Профилактика эмоциональных нагрузок в педагогическом коллективе / авт.-сост. Е.А.Шкуринская. – Волгоград: Учитель, 2008. – 158 с.
27. Прохоров А.О. Психические состояния школьников и учителя в процессе их взаимодействия на уроке // Вопросы психологии. – 1990. – № 6.
28. Прохоров А.О. Саморегуляция психических состояний в учебной и педагогической деятельности // Вопросы психологии. – 1991. – № 5.
29. Реан А.А. Психология адаптации личности. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008.
30. Реан А.А., Баранов А.А. Факторы стрессоустойчивости учителей // Вопросы психологии. – 1997. – № 1. – С.45–55.
31. Рукавишников А.А. Личностные детерминанты и организационные факторы генезиса психического выгорания у педагогов: Дис... канд. психол. наук. – Ярославль, 2001. с.183.
32. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. – 2002. – №7. – С.3-9.
33. Улыбина Е.В. Проблемы агрессии учителя-профессионала// Становление личности учителя-профессионала: Проблемы и перспективы. – Ставрополь, 1993. – С.75-76.
34. Улыбина О.В. Особенности взаимоприятия педагога и детей с задержкой психического развития в зависимости от стиля педагогического общения: Дис... канд. психол. наук. – Н.Новгород, 2004. – С.233.
35. Филин С.О синдроме профессионального выгорания и технике безопасности в работе педагогов и других специалистов в социальной сфере // Школьный психолог. – №43. – 2003.
36. Филина С.О «синдроме профессионального выгорания» и технике безопасности в работе педагогов и других специалистов социальной сферы // Школьный психолог. – 2003. – № 36.
37. Форманюк Т.В. Синдром профессионального выгорания как показатель профессиональной дезадаптации учителя// Вопросы психологии. – 1994. – №6.
38. Чебыкин А.Я. Проблема эмоциональной регуляции учебно-познавательной деятельности учащихся// Вопросы психологии. – 1987. – №6.
39. Янданова Т.И. Психологический анализ самооценки учителя-дефектолога // Дефектология. – 2001. – №2. – С. 37-43.
40. Jenkins, Janis H. The Psychocultural Study of Emotion and Mental Disorder. In: Handbook of Psychological Anthropology. Philip K. Bock (ed.) Westport, Connecticut/London; Greenwood Press, 1994, p.100.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Симптомы эмоционального выгорания (Феофанов Н.В.)	
Симптомы и признаки	Характеристика
1. Изменения в чувствах (аффективные симптомы)	Истощение; «экономия» на эмоциях; ограничение эмоциональной отдачи; агрессивные чувства, апатия, безнадежность, безразличие, беспомощность, бессилие, взволнованность до перевозбужденности; постоянное чувство вины, безосновательные страхи, защитные установки; депрессия, напряженность, ощущение злонамеренности и придирчивого отношения со стороны других, пассивность, переживание чувства вины; пессимизм, повышенная раздражительность на незначительные, мелкие события, случающиеся дома и на работе; пониженный эмоциональный тонус, постоянное переживание негативных эмоций, для которых во внешней ситуации причин нет (чувство горечи, вины, обиды, подозрительности, стыда, скованности); постоянное чувство неудачи, скука, снижение уровня положительных эмоциональных состояний (дружелюбие, сочувствие, заботливость, вежливость), увеличение частоты и интенсивности отрицательных эмоций (гнев, нетерпение, раздражительность), упадническое настроение и связанные с ним эмоции, утрата чувства юмора; частые нервные «срывы» (вспышки немотивированного гнева или отказы от общения, «уход в себя»); чрезмерная потеря психологической энергии, чувство безнадежности; чувство гиперответственности и постоянное чувство страха, что «не получится» или человек «не справится»; чувство неосознанного беспокойства и повышенной тревожности (ощущение, что «что-то не так, как надо»); чувство обескураженности и равнодушия; чувство подавленности, чувство эмоциональной опустошенности (исчерпывания).
2. Изменения в системе отношений с людьми	Деперсонализация, цинизм, семейные проблемы, негуманное отношение к клиентам, повышенная напряженность в отношениях и конфликты с домашними, дистанцированность от сотрудников и клиентов, повышение неадекватной критичности, отсутствие эмпатии, концентрация на собственных потребностях, чувство переживания того, что другие люди тебя используют, зависть, обвинения других, подозрительность, конфликты с окружающими, экстернальный локус контроля, отсутствие толерантности и способности к компромиссу, одиночество, отказ от хобби, скука и т.д.
3. Изменения в системе отношения к себе	Возникновение у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной среде, осознание неуспеха в ней, негативная «Я – концепция», неудовлетворение и негативное отношение к себе, жизни в целом; общая негативная установка на жизненные перспективы, озабоченность собственными потребностями и личным выживанием, пониженная самооценка, редуцирование личных достижений, самообвинения, чувство бессмысленности.

4. Изменения в системе отношения к труду	Выборочное реагирование в ходе рабочих контактов; снижение эффективности деятельности; чувство неудовлетворенности от работы, угроза несчастных случаев; безразличие к результатам; снижение уровня собственного участия, переход от помощи к надзору и контролю, приписывание вины за собственные неудачи, негуманное отношение, нежелание выполнять свои обязанности, акцент на материальной стороне при одновременной неудовлетворенности работой, отсутствие собственной инициативы, отсутствие участия в жизни других людей (либо чрезмерная привязанность к конкретному лицу), выполнение заданий строго по инструкциям; избегание тем, связанных с работой; подвергается сомнению значимость деятельности и жизни в целом, разочарование в избранной профессии, в конкретной должности или месте службы; вне зависимости от объективной необходимости работник постоянно берет работу домой, но дома ее не делает; неверие в улучшения; невыполнение важных, приоритетных задач и «застревание» на мелких деталях, не соответствие служебным требованиям; неудовлетворение и негативное отношение к работе, профессиональным перспективам (по типу «Как ни старайся, все равно ничего не получится»); отказ от принятия решений; откладывание деловых встреч; ощущение, что работа становится все тяжелее и тяжелее, а выполнять ее – все труднее и труднее; присваивание собственности учреждения; работа усерднее и дольше, а достижений все меньше; скудность репертуара рабочих действий; смена рабочего режима дня (частые опоздания, ранний приход на работу и поздний уход, либо наоборот); снижение энтузиазма по отношению к работе; трата большей части рабочего времени на мало осознаваемое или не осознаваемое выполнение автоматических и элементарных действий; усиление сопротивления выходу на работу; утрата творческих подходов к решению проблем; учащение форм поведения, связанных с избеганием работы – прогулы и текучесть кадров; циничное отношение к труду и объектам труда, чувство бесполезности и пр.
5. Изменения в познавательной сфере (когнитивные симптомы)	Упорные мысли о том, чтобы оставить работу, снижения концентрации внимания, ригидность мышления, усиление подозрительности и недоверчивости, менталитет жертвы внимания, отсутствие способности к выполнению сложных заданий, отсутствие воображения.
6. Изменения в соматическом здоровье (физические симптомы)	Боли в спине, постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта; заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности: ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря внутренних, телесных ощущений; увеличение потребления меняющих настроение психоактивных веществ, злоупотребление алкоголем, химическими элементами, резкое возрастание выкуренных за день сигарет, применение наркотических средств; снижение иммунитета, неспособность к релаксации, сексуальные расстройства, повышение давления, тахикардия, головные боли, боли в позвоночнике, расстройства пищеварения, зависимость от никотина, кофеина, алкоголя; люмбаго; мышечное напряжение; нарушения сна, полная или частичная бессонница (быстрое засыпание и отсутствие сна ранним утром, начиная с 4 час. утра или, наоборот, не способность заснуть вечером до 2-3 час. ночи и «тяжелое» пробуждение утром, когда нужно вставать на работу); постоянное заторможенное, сонливое состояние и желание спать в течение всего дня; нервное напряжение; общая

	<p>астенизация (слабость, снижение активности и энергии, ухудшение биохимических и гормональных показателей); одышка или нарушения дыхания при физической или эмоциональной нагрузке; переедание или недоедание; повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям; подверженность несчастным случаям; учащение сердцебиения, пониженное давление; психосоматические недомогания; различные жалобы на соматическое здоровье, физическое самочувствие; резкая потеря или резкое увеличение массы тела; снижение восприимчивости и реактивности на изменения внешней среды (отсутствие реакции любопытства на фактор новизны или реакции страха на опасную ситуацию); снижение энергии; тошнота; ускорение нарушений соматического здоровья; усталость и истощение на протяжении целого дня; трата способности удовлетворять свои потребности в развлечениях и восстановлении здоровья; физическая усталость (утомление, изнурение); частые беспричинные головные боли; частые, длительно текущие незначительные недуги; чувство постоянной, непроходящей усталости не только по вечерам, но и по утрам, сразу после сна (симптом хронической усталости).</p>
--	--

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. КОНЦЕПЦИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	5
1.1. Концепции психосоматических расстройств	5
1.2. Классификация психосоматических расстройств	17
1.3. Депрессии	32
1.3.1. <i>Болевой синдром</i>	34
1.3.2. <i>Головная боль</i>	35
1.3.3. <i>Психогенная анорексия</i>	38
1.3.4. <i>Булимия</i>	40
ГЛАВА 2. СТРЕСС КАК ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	42
ГЛАВА 3. ДИАГНОСТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	76
3.1. Психологическая диагностика психосоматических расстройств ...	76
3.2. Психофизиологическая диагностика	83
ГЛАВА 4. ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	88
ГЛАВА 5. МЕТОДЫ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ	104
ГЛАВА 6. ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	113
6.1. Антропологический подход к феномену эмоционального выгорания	113

6.2. Профессиональная деятельность как источник эмоционального выгорания педагогов	124
6.3. Психофизиологические основы профилактики эмоционального выгорания педагогов	139
ПРИЛОЖЕНИЕ	152

Редактор Т.Б. Кузнецова,
Компьютерная верстка П.Г. Немашкалов

	Подписано в печать 26.10.11	
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$	Усл.печ.л. 9,07	Уч.-изд.л. 7,7
Бумага офсетная	Тираж 100 экз.	Заказ 15

Отпечатано в ООО «Бюро новостей».