
БИБЛИОТЕКА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

В.В. ПОЗДНЯК
С.В. ГРЕЧАНЫЙ
А.Б. ИЛЬЧЕВ

**МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
В КУРСЕ ПСИХИАТРИИ**

Санкт-Петербург

Министерство
здравоохранения
Российской Федерации



Санкт-Петербургский
Государственный
Педиатрический
Медицинский
Университет

В.В. ПОЗДНЯК
С.В. ГРЕЧАНЫЙ
А.Б. ИЛЬЧЕВ

МЕДИЦИНСКАЯ
ПСИХОЛОГИЯ
В КУРСЕ
ПСИХИАТРИИ

Учебное
пособие

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
2018

УДК 616.89+159.9

ББК 88.4

П41

Поздняк, В.В.

П41 Медицинская психология в курсе психиатрии. Учебное пособие. / В.В. Поздняк, С.В. Гречаный, А.Б. Ильичев. – СПб.: СПбГПМУ, 2018. – 72 с.

ISBN 978-5-907065-21-5

Данное учебное пособие соответствует программе «Психиатрия, медицинская психология» по специальности «Педиатрия» на основании ФГОС ВО по подготовке специальности **31.05.02** «Педиатрия» (уровень специалитета), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «17» августа 2015 г. И ФГОС ВО по направлению подготовки (специальности) **31.05.01** Лечебное дело (квалификация (степень) «специалист»), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 февраля 2016 г., № 95. В учебном пособии представлены основные направления медицинской психологии необходимые для подготовки врачей по специальностям педиатрия и лечебное дело.

Рецензенты:

Д.м.н., профессор заведующий кафедры клинической психологии и психологической помощи РГПУ им. А.И. Герцена Алехин А.Н.

Д.пс.н., профессор, заведующий кафедрой общей и прикладной психологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава РФ Аверин В.А.

УДК 616.89+159.9

ББК 88.4

Утверждено учебно-методическим советом Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ISBN 978-5-907065-21-5

© СПбГПМУ, 2018

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ. ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Психоло́гия (от др.-греч. ψυχή— «дух», «душа», «сознание», «характер»; λόγος — «учение») – наука, изучающая закономерности возникновения, развития и функционирования психики и психической деятельности человека и групп людей.

Медицинская психология является прикладным разделом общей психологии. Областью изучения медицинской психологии является влияние психических факторов на возникновение, течение болезней, диагностике патологических состояний, психопрофилактике и психокоррекции заболеваний. Развитие психических процессов и свойств личности по мере взросления изучает возрастная психология. Знание возрастной и медицинской психологии важно для работы врача. С этими разделами смыкаются психология семьи, школы, социальных групп. Так, например, кроме отношения ребенка к болезни важно выявить и реакции родителей на болезнь ребенка, на свои болезни, на медицинскую помощь и при необходимости внести коррективы в эти отношения (14).

Основными методами возрастной и медицинской психологии являются беседа с ребенком или подростком, с родителями, воспитателями или мед. работниками, сопровождающими его, наблюдение за его поведением и психологический эксперимент.

Для врача основным является умение вести беседу и наблюдать за реакциями пациента и сопровождающих его лиц.

Тон беседы должен быть дружественным, заинтересованным, вежливым и тактичным. Нежелательно в начале или середине беседы порицание или морализование. Тогда пациент не будет откровенен или просто прекратит беседу и не удастся понять многое, что важно для понимания его состояния и лечебно-воспитательных мероприятий. При умелом же ведении беседы врач может узнать многое, что не говорят, а возможно даже не знают родители. Беседа должна быть целенаправленной.

Это экономит время беседы и позволяет не только заподозрить отставание психического развития, аномалии личности и неправильные отношения, но и подтвердить или уточнить их.

При построении беседы следует учитывать возраст пациента. Для маленьких детей недопустимы длительные, утомительные беседы, неадекватные и сложные вопросы, иногда нужно включить элементы игры, поощрение. Иногда целесообразно отдельно беседовать с ребенком и родителями. Например, отдельно опросить родителей об особенностях течения беременностей, родов, раннего развития, воспитания, что беспокоит родителей в здоровье ребенка, его поведении и т.д. Беседу же с ребенком чаще лучше проводить вначале в присутствии родителей, что позволит им наглядно увидеть особенности личности ребенка, его реакций на болезнь, дефекты воспитания или режима лечения (2).

Проведение экспериментально-психологического обследования не входит в компетенцию врача. Однако врачу надо иметь представление какие психологические методы имеются для исследования отдельных психических процессов

(внимания, памяти, мышления), интеллекта, личности, отношения к болезни (стандартизированные психологические тесты, опросники и анкеты). В процессе обучения студенты медицинских университетов могут овладеть техникой проведения элементарных психологических методик (например, проведение корректурной пробы и отсчет от 100 до 7, повторение цифр или слов, классификации, нахождение лишнего в наборе рисунков или наименований, сходства и различия, рисунок семьи, основные методы прямого и косвенного исследования личности, понимать механизма психологических защит и копинг-стратегии) Врач, должен также научиться понимать психологические заключения, где встречаются специальные термины и показатели (цифры), т. е. элементарно овладеть психологическим языком.

ПЕРИОДИЗАЦИЯ РАЗВИТИЯ, ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИКИ

Психическое развитие - закономерное изменение психических процессов во времени, выраженное в количественных, качественных и структурных преобразованиях. Психическое развитие ребенка зависит от периода развития, в каждом возрастном периоде выделяют ведущую психическую деятельность и психологические новообразования. *Психологические новообразования* – качественные особенности психики, которые впервые появляются в определенный возрастной период и определяют сознание человека, его отношение к среде, к внутренней и внешней жизни.

Возрастная периодизация по Д.Б. Эльконину

период	Ведущая деятельность	Основные новообразования
Младенчество (от рождения до года)	Непосредственное эмоциональное общение	Формирование потребности в общении, эмоциональное отношение
Раннее детство	Предметно-манипулятивная деятельность	Развитие речи и наглядно-действенного мышления
Дошкольный возраст	Ролевая игра	Стремление к общественно значимой деятельности
Младший школьник	Учебная деятельность	Произвольность психических явлений, внутренний план действий
Подросток	Интимно-личностное общение	Самооценка, критическое отношение к людям, стремление к взрослости, самостоятельности, подчинений коллективным нормам

Психическое развитие ребенка происходит постепенно. Однако в определенных возрастах наступают ускорения развития и возрастные кризисы (в 1, 3, 6–7 и 12–15 лет). Эти возрастные кризисы проявляются в более резких изменениях массы, роста («периоды вытягивания»), анатомического строения и функционирования внутренних органов, в том числе мозга и эндокринных органов, а также в психологических и социологических изменениях. Они обычно завершают оп-

ределенный возрастной период (грудной, младенческий или ранний, дошкольный и младший школьный) и свидетельствуют о появлении нового качества, «готовности» для перехода к новому периоду развития. Эти периоды и кризисы наблюдаются у всех детей. В то же время иногда сдвигаются их возрастные границы. Это наблюдается при ускоренном развитии – акселерации, более выраженном в пубертатном возрасте, замедленном развитии – ретардации, более выраженном в раннем возрасте и неравномерное развитие – асинхрония. Так как при последующих кризисах происходят более сложные изменения, то периоды кризисов растягиваются (первые 1–6 мес., последующие 1–3 года). Длительность и выраженность кризисов зависит от физических и психологических условий развития. При неблагоприятных условиях кризисы протекают драматичнее.

Возрастные кризисы относятся к нормативным процессам, необходимым для нормального поступательного хода развития.



В детском возрасте обычно выделяют «кризис новорожденности», «кризис первого года жизни», «кризис трех лет жизни», «кризис 6–7 лет», «подростковый кризис 11–12 лет». Эти границы достаточно условны, что объясняется индивидуальными различиями. Форма, длительность и острота протекания кризисов может заметно различаться в зависимости от индивидуально-типологических особенностей ребенка, особенностей воспитания в семье и школе. Для возрастных кризисов в детстве характерны новые типы взаимоотношения детей со взрослыми, возросшие возможности ребенка, смена деятельности, перестройка всей структуры сознания. Возрастные кризисы могут проявляться в негативизме, упрямстве, капризности, повышенной конфликтности, если взрослые игнорируют новые потребности ребенка в сфере общения и деятельности, и напротив, смягчаются при правильном воспитании. Главные особенности ребенка в период кризисов следующие: при кризе 1 года жизни главная потребность ребенка – потребность в эмоциональном общении. К 2–3 месяцам у ребенка появляются особые формы реагирования на взрослого («комплекс оживления»). Младенец выделяет взрослого как необходимого посредника с окружающим миром. Без эмоционального контакта с матерью психическое развитие искажается, обедняется и отражается на дальнейшем развитии ребенка, как на эмоциональном, так и на умственном, т. к. эмоции – движущая сила психического развития.

Кризис 3-х лет является важным периодом в жизни ребенка – формирования «Я». Выделяя себя от окружающих, ребенок стремится к самостоятельности. Взрослый начинает испытывать трудности во взаимоотношении с ребенком (негативизм, упрямство, «я хочу»). Когда нет понимания со стороны взрослых его изменившихся потребностей к самостоятельности, принятию его индивиду-

альности и потребности самоутверждения и уважения, возникают затруднения в общении с детьми этого возраста.

Кризис 6–7 лет – период начала обучения в школе. В этот период часто наблюдаются отрицательные аффективные состояния. Главная их причина – расхождение между уровнем притязаний и возможностями их удовлетворения, в таких случаях возможен эмоциональный срыв, который выражается в отрицательных переживаниях и поступках. Для предупреждения подобных эмоциональных срывов родителям и педагогам надо знать индивидуальные особенности ребенка и вовремя прийти на помощь, формируя положительное эмоциональное отношение к новому этапу развития.

Подростковый кризис 11–16 лет – один из самых сложных кризов. Для него характерно: максимум самостоятельности, индивидуальности, стремление к независимости, жажда освобождения от внешнего контроля, наряду с повышением ранимости и восприимчивости к вредным влияниям. Ведущим мотивом поведения в этом возрасте выступает желание утвердиться в коллективе ровесников, завоевать авторитет, уважение и внимание товарищей. Усложнение социального бытия подростков протекает в период бурной физиологической перестройки организма. Подростки становятся эмоционально неустойчивыми, ранимыми. При неблагоприятных обстоятельствах такого рода реакции легко фиксируются и даже приобретают патологический характер. Подросток должен испытывать чувство, что окружающие его поддерживают – это дает ему уверенность в себе.

Психическое развитие ребенка характеризуется особенно высокими темпами в младенческом возрасте, которые постепенно снижаются. Это связано с продолжающимся развитием и совершенствованием анализаторных систем мозга, бурным развитием моторных функций, речи, познавательных и психических функций (восприятие, активное внимание, память, мышление). Новые качественные сдвиги наиболее ярко, как уже отмечалось, проявляются в кризисные периоды, но и между ними продолжается интенсивное психическое развитие ребенка.

Возрастные особенности психического развития

Развитие движений и возрастные особенности психомоторики в раннем возрасте. Двигательные навыки являются одним из наиболее важных критериев благоприятно протекающего психического развития ребенка в первые годы жизни. Ход психомоторного развития обычно выясняется анамнестически, является важной составляющей психиатрического, неврологического и педиатрического протоколов обследования ребенка.

Основными этапами развития двигательных (психомоторных) навыков являются: 1) врожденные безусловные рефлексы; 2) грубая моторика, например, перекачивание с бока на бок, усаживание, ползание и др.; 3) тонкая моторика, например, движения большим и указательным пальцем, координация движений пальцев и глаз; 4) локомоторные движения (перемещение тела в пространстве). Эти этапы в целом реализуются на первом году жизни, в дальнейшем происходит совершенствование обретенных достижений.

Двигательное развитие младенца наряду с сенсорными системами лежит в основе формирования мышления, этапа сенсомоторного интеллекта по Ж. Пиаже (21).

Можно сказать, что психомоторное развитие тесно связано с формированием психики в целом. Например, в ситуации, когда мать протягивает ребенку погремушку, у младенца задействуется целый комплекс психических функций. Реализуется навык захвата предмета, возникают эмоциональные реакции на мать. Ребенок получает зрительные, тактильные, слуховые ощущения. Происходит познание некоторых предметных категорий (движение предмета, его вес, расстояние до него и др.). Наконец, ребенок приобретает опыт деятельности, он учится переживать неудачу и искать пути ее устранения.

Развитие грубой моторики. В ходе ее развития ребенок приобретает следующие умения:

- поднимает голову – 1–2 мес;
- поднимаясь на локтях, отрывает от поверхности грудную клетку – 3 мес;
- появляется опора на ноги (5–6 мес) и на руки (6–7 мес);
- переворачивается со спины на бок – 3–5 мес;
- переворачивается со спины на живот и обратно, перекачивается – 6–7 мес;
- самостоятельно сидит – 6 мес;
- переползает – 6–8 мес;
- садится – 8 мес;
- стоит с поддержкой – 7–8 мес;
- переступает ногами – 8–9 мес;
- ползает – 8–10 мес;
- встает, придерживаясь (9–10 мес);
- делает попытку самостоятельно ходить и совершает первые шаги – 10–12 мес.

Указанные сроки ориентировочные. В настоящее время имеется тенденция к более раннему возникновению двигательных навыков, в связи с чем поднимается вопрос о снижении нижней границы нормы их появления (3).

Развитие движений рук. У новорожденного наблюдаются рефлексорные хватательные движения, которые ослабевают к 3 мес жизни (симптом Дарвина, или симптом Робертсона). В 3–4 мес ребенок протягивает руку к игрушке, дотрагивается до интересующего его объекта. Примерно в этот же период он уже способен захватывать протянутую игрушку ладонью и подносить ее ко рту. В 5 мес появляется зрительное управление движениями руки. Беря предмет, он смотрит на него, а не на свою руку. В 5–6 мес ребенок целенаправленно тянет руку к игрушке, уверенно захватывает. С 6 мес формируется умение брать в руки два предмета. В 9 мес появляется умение хватать маленькие предметы (изюм, горошины, таблетки, монеты и др.). Одновременно появляется большой интерес к ним, и ребенок отыскивает мелкие предметы среди больших. В 10–12 мес ребенок осуществляет специфические манипуляции: звонит в колоколь-

чик, открывает/закрывает коробочку, вращает подвижные части игрушки и др. В течение второго полугодия жизни возникают первые попытки поднесения ложки ко рту.

Развитие локомоторных движений. Возрастной период с 1 до 3 лет называют «ходячим» детством. В этом возрасте совершенствуется локомоторика (движения, отвечающие за перемещение тела в пространстве). В 12–13 мес ребенок заползает вверх по лестнице, берет и бросает небольшие игрушки. К 1,5 годам дети могут преодолевать небольшие препятствия. В 15–18 мес ребенок умеет ходить боком, поднимается и спускается по лестнице с помощью взрослого, бросает мяч и пинает его ногами. В 18–24 мес он поднимается и спускается по лестнице с помощью перил, умеет поднимать и приставлять ногу.

В период 1–3 года активно развивается тонкая моторика. В 12–13 мес ребенок вставляет мелкие предметы в отверстие, а в 15–18 мес – переворачивает страницы книг. В 1,5 года ребенок пьет из стакана (делает несколько глотков), ест ложкой. Формируются основы графомоторных навыков: в 18–21 мес он чертит на бумаге «каракули», 24–30 мес – держит пальцами карандаш. В 21–24 мес ребенок может самостоятельно открывать дверь, поворачивая ручку.

Развитие восприятия, представлений, воображения и их возрастные особенности в раннем возрасте

На первом году жизни ребенок получает преимущественно чувственный опыт (ощущения). В течение младенческого периода активно развивается и совершенствуется зрение. Вначале объект воспринимается фрагментарно. В 2 мес ребенок уже способен зрительно распознать целостный объект. В 3 мес возникает бинокулярное и периферическое зрение, младенец отличает живое лицо от фотографии. В 4 мес он может различать предметы, находящиеся в вертикальном и наклонном положении, плоскостные и объемные изображения. В 6 мес ребенок отличает лицо матери от лиц незнакомых взрослых. В 6 мес формируется представление о постоянстве размера объекта, а в 8–10 мес – представление о постоянстве их формы. Это лежит в основе развития представления об образе предметов. С 6,5 мес у ребенка складывается представление о глубине пространства, что совпадает с началом самостоятельного передвижения – переползание, а впоследствии и ползание.

Способность различать звуки активно развивается после 1 мес жизни. В 4 мес младенец связывает звук с его источником, отличает голос матери от других взрослых.

На 1 году жизни у ребенка активно развиваются такие чувства, как обоняние, вкус, тактильное ощущение. В период новорожденности уже достаточно развито обоняние, они могут узнавать свою мать по запаху молока. В течение 1 года жизни совершенствуется вкус, дети способны воспринимать различные виды пищи (сладкую, горькую, соленую и т. д.). Большое значение для ухода за ребенком имеют развитые осязательные ощущения. Ребенок положительно реагирует на материнское прикосновение и успокаивается в ответ.

Формирование восприятия после 1 года тесно связано с развитием наглядно-действенного мышления. Способность к целостному восприятию предметов и

явлений совершенствуется благодаря выделению в них существенных свойств, с которыми ребенок сталкивается в результате опыта практической предметной деятельности. В результате этого формируются представления о предметах и явлениях. Таким образом, сенсорное развитие во многом является основой формирующегося интеллекта.

Особенностями восприятия в раннем возрасте являются слитность, нерасчлененность и неточность. Дети не узнают одетого в другой костюм взрослого, или, наоборот, могут делать вывод о предмете по отдельным его деталям. На протяжении раннего и дошкольного возраста указанные недостатки постепенно устраняются и детское восприятие совершенствуется (9).

Развитие представлений о величине. Начиная с 2-х лет жизни формируется эталон величины предметов по критерию размера (большой-малый). Вначале – это установление отношений между двумя предметами (больше-меньше). После 3–4 лет формируются представления о том, какое место занимает предмет в ряду других подобных (самый маленький – маленький – средний – большой – самый большой). На его основе впоследствии появляются знания о порядковых свойствах чисел. С 3 лет ребенок может собирать матрешки, объемные вкладыши, пирамидку с учетом величины колец.

Развитие представлений о форме и объеме. В 2–2,5 года у ребенка появляются эталоны плоскостных геометрических фигур, которые отображают контур предметов. В этом же возрасте ребенок может собрать доску Сегена, пазлы, разрезную картинку из 2 частей. Позже формируются представления об объеме фигур (шар, куб, пирамида и др.). К 5 годам ребенок называет основные геометрические фигуры словами (19).

Развитие представлений о цвете. На 3 году жизни формируются эталоны цвета. Вначале это ахроматические цвета (белый, черный, серый). Постепенно накапливаются представления об основных разновидностях хроматических цветов – красного, оранжевого, желтого, зеленого, голубого, синего, фиолетового. Некоторые из перечисленных дети вначале путают (голубой и синий). Переходные цвета и их оттенки ребенок учится различать только после 4 лет.

Развитие эмоций и их возрастные особенности в раннем возрасте.

Развитие эмоций в раннем возрасте проходит длительный путь, начиная с примитивных проявлений периода младенчества и заканчивая формированием зачатков высших эмоций к 3-м годам.

Вначале развивается способность распознавать эмоции других людей. В первые месяцы жизни ребенок реагирует на страх и тревогу матери. В 3 мес он распознает удивление и радость взрослых. В 4–6 мес он способен различать на картинке счастливые, грустные и тревожные лица. После 6 мес она приобретает характер избирательности, когда младенца в первую очередь интересуется отношение к нему матери – первичного объекта привязанности.

В период новорожденности у ребенка преобладают отрицательные и нейтральные эмоции, на 2–3 мес постепенно возникают положительные эмоции.

Первая улыбка ребенка является рефлекторной. Она возникает еще в период новорожденности, является произвольной, отражает больше внутреннее

состояние малыша, чем его реакцию на окружение. Рефлекторная улыбка часто наблюдается во сне. На стадии переходной улыбки (—8 нед) мимические реакции постепенно наполняются социальным содержанием, возникают при виде лица матери, в ответ на ее голос. Социальная улыбка, появляющаяся со 2 мес жизни, отличается выразительностью. Она является компонентом «комплекса оживления» (замирание, улыбка, гуление, двигательное возбуждение). С 4 мес появляется смех.

К 9 мес эмоции дифференцируются, возникают такие эмоции, как интерес, радость, страх, удивление, печаль, гнев, недовольство (1).

Такие эмоции, как стыд, вина, сочувствие, смущение появляются только к 3 годам. Они связаны с развитием самосознания, когда ребенок в полной мере может отделять себя от других лиц.

В возрасте 1–3 лет эмоциональные реакции чаще носят непосредственный и ситуативный характер. Однако постепенно они приобретают все более устойчивые характеристики. Это отчетливо проявляется в отношениях со знакомыми людьми в привычной обстановке. Постоянство ситуации и оценки окружающих приводит к появлению первичных представлений о «хорошем» и «плохом» поведении уже в возрасте 1,5 лет.

К 3 годам появляются зачатки высших эмоций. Такие чувства, как нетерпение и импульсивность начинают уступать место смущению, тактичности. Возникает самооценка, ближе к 3 годам у ребенка появляется стыд за совершенный плохой поступок или гордость за хорошее поведение.

Социальные эмоции. В раннем возрасте активно развиваются процессы «социализации» эмоций, которые приобретают устойчивый характер в зависимости от положения ребенка в семье и коллективе. Появляется чувство конкуренции в кругу сверстников. Возникают зачатки зависти и ревности, особенно когда речь идет о внимании к ребенку родителей. Несмотря на общее преобладание эгоцентрических мотивов, появляется искренняя симпатия к сверстникам, элементы эмпатии и сопереживания в отношениях с близкими.

Эмоциональная реакция на признание собственной индивидуальности активно развивается к концу раннего возраста и может проявляться в «критических» эмоциях упрямства, протеста, отказа, детского «негативизма».

Развитие произвольной деятельности и ее особенности в раннем возрасте

На 1 году жизни можно говорить лишь о зачатках волевых процессов. Критерием успешности их развития является наличие познавательного интереса к игрушкам, окружающим предметам, взаимодействию со взрослыми в игровых и режимных моментах. Уровень развития произвольной деятельности проявляется степенью сформированности бытовых (культурно-гигиенических) навыков, речи, художественно-изобразительной, конструктивной и игровой деятельности.

Развитие внимания и его возрастные особенности в раннем возрасте

В период новорожденности у ребенка отмечается ориентировочный рефлекс на звук, свет и др. раздражители. В первые месяцы жизни у младенца развивается зрительно-слуховое сосредоточение. Вначале ребенок кратковременно, а затем длительно фиксирует взор на яркой игрушке, прослеживает взором, дви-

жущийся объект. Он замирает и прислушивается при появляющемся звуке, постепенно начинает локализовать его в пространстве, способен длительно слушать голос матери.

В 5–6 мес возникают зрительно-слуховые дифференцировки. Ребенок выделяет из окружения знакомые зрительные образы, звуки, различает голоса близких, звуковой тон и ритм.

К концу 1 года жизни простой ориентировочный рефлекс усложняется и обогащается предметным исследовательским интересом, младенец активно тянется к новым объектам, предметам, игрушкам, перебирает, исследует их. Он отыскивает взглядом предмет по названию. С этого момента можно констатировать появление элементов произвольного внимания (20).

Основные характеристики внимания, такие как концентрация (глубина), устойчивость (отвлекаемость), объем и переключаемость, развиваются параллельно с процессами перцепции, предметной деятельности, волевой регуляции и др.

У детей раннего возраста преобладает непроизвольное внимание. Характерна непродолжительная концентрация, высокая отвлекаемость, плохая переключаемость внимания, что в первую очередь связано с низкой способностью к волевому усилию. Уровень развития устойчивости внимания довольно объективно отражает продолжительность игры. Показано, что в 1,5 лет максимально длительно ребенок может играть всего 14 минут.

Внимание как физиологический процесс, отражающий уровень функционирования коры и степень ясности сознания, в период от 1 до 3 лет созревает и непрерывно совершенствуется. Расширяется объем внимания в 6–8 месяцев, играя одной игрушкой, ребенок переключает взгляд на другую, затем возвращается к той какой был занят. На 2-м году жизни эта способность распространяется уже на 2–3 объекта, а на 3-м году жизни – на 4–6 объектов. В период с 1 до 3 лет существенно улучшается концентрация и устойчивость внимания. Так, в возрасте 3-х лет вовремя 10-минутной игры ребенок в среднем отвлекается только 4 раза.

Развитие памяти и ее возрастные особенности в раннем возрасте

Развитие способности к запоминанию происходит в тесной связи с формированием восприятия, мышления, самосознания. В младенчестве формируются основы двигательной, эмоциональной и чувственной памяти, во 2 полугодии жизни возникают зачатки зрительно-образной и словесной памяти.

В возрасте 5–6 мес ребенок уже способен узнавать самых близких взрослых, к этому времени уже сформирован зрительный образ матери. А во 2 полугодии жизни ребенок хорошо помнит тех, кто регулярно с ним проводит время.

На 2-м году жизни ребенок может несколько недель хранить в памяти образы близких взрослых. На 3-м году жизни эта способность сохраняется в течение нескольких месяцев.

На 3-м году жизни ребенок усваивает и запоминает нормы поведения. Опираясь на предшествующий опыт, он понимает, как можно и как нельзя поступать в каждом конкретном случае.

Элементы произвольного запоминания появляются в 4 года.

Ранний детский возраст – период относительно совершенного развития механической памяти. Ребенок, как правило, хорошо помнит детали окружающей обстановки, особенности расположения предметов и пространственные и территориальные характеристики окружающего мира. Он с первого раза запоминает маршрут, по которому мать его водит гулять. Хорошо знает, где и что у него в комнате лежит, быстро отыскивает предметы, вещи и игрушки на полках и в выдвижных ящиках. Легко укладывается в голове предназначение кнопок и клавиш тех технических устройств, которые служат для получения конкретных ярких зрительных впечатлений (компьютеры, планшеты и др.). Появление первых длительно существующих глубоких воспоминаний детства связано с формированием самосознания, что у разных детей происходит в различные временные сроки. Возникновение осмысленных воспоминаний фрагментов жизни, имеющих существенное значение для личности ребенка – поздравления, поощрения, обиды и пр., также весьма индивидуальны (21).

Развитие речи в раннем возрасте

Предречевое развитие. В настоящее время считается, что начальным этапом речевого развития являются младенческие невербальные вокализации (крик-плач).

В период новорожденности крик-плач – это отрицательная эмоциональная реакция, связанная с органическими потребностями, возникающими на подкорковом уровне (боль, голод и др.). Начиная с 2–3 мес жизни по характеру крика ребенка можно определить причину его беспокойства. Различают дифференцированный крик-плач, связанный с голодом (алиментарный), сном (сомнолентный), тревогой (анксиозный), желанием эмоционального общения (эмоционально-положительный). Эмоционально-положительные вокализации содержат модуляции, напоминающие гуление.

Гуление (синонимы: «воркование», вокальная «игра», «пение младенца») представляет собой протяжные гласные – «э-э-э», «а-а-а». Звуки гуления появляются со 2-го месяца жизни, постепенно выделяясь из структуры крика-плача, компонентом которого они изначально являются. Возникновение гуления тесно связано с мимико-соматическим комплексом (комплекс «оживления»), в котором артикуляционная активность сочетается с эмоциональным (улыбка) и статокинетическим (реакция замирания, поза, движения) компонентами.

До 3 мес голосовая активность не зависит от работы слухового анализатора, поэтому гуление может наблюдаться и у глухих детей. После 3 мес произношение звуков осуществляется под контролем слуха. Ребенок проявляет интерес к собственным вокализациям, прислушиваясь и повторяя их (феномен аутоэхолалии).

Лепет. Появляется в возрасте 5–6 мес и представляет собой сочетание согласных с гласными. Формируются первые слоги, наиболее используемые из которых – «ма-ма-ма», «ба-ба-ба» стали обозначать ближайших ребенку родственников. Развитие органов артикуляции приводит к спонтанному возникновению некоторых типов согласных – «м», «п», «т». К 8 мес. звуковой состав усложняется звукосочетаниями «те-те-те», «та-та-та», «тла», «дла» и др. Появляется способность к соединению разных слогов – стадия словесного лепета.

Словесный лепет проявляется использование псевдослов («мам»). Несмотря на то, что произношение может быть весьма точным и напоминать настоящую речь, в основе словесного лепета лежит имитационный механизм. Произношение приближается к речевому окружению с присущими ему особенностями, т. е. дети лепечут на родном языке. Этот этап доречевого развития может благополучно проходить у детей с последующей задержкой темпового развития, моторной алалией, аутизмом, общим психическим недоразвитием.

Появлению первых слов обычно предшествует стадия неразборчивого «бормотания» или детский «жаргон», в норме наблюдающийся в возрасте 1–1,5 лет. Внешне он напоминает «разговор» с использованием интонаций, свойственных речи взрослых. Интонационное бормотание состоит из неразборчивых звукосочетаний, разделенных паузами. Таким способом ребенок копирует интонационный рисунок и ритмику речи взрослых.

Первые слова. Первые осмысленные слова выражают потребности, аффективные состояния, желания. Они всегда многозначны. В зависимости от контекста слово «мама» может быть обозначением близкого человека, призывом к помощи, требованием пищи, желанием получить игрушку и внимание взрослого. В отличие от лепета первое слово – это сознательный волевой акт. Ребенок понимает, что при помощи слова можно указать на вещь, ситуацию, внутреннее состояние. На данном этапе слово тождественно указательному жесту.

Автономная детская речь. Речь ребенка в период между 1 и 2 годами существенно отличается от речи взрослых по звучанию, грамматическим и синтаксическим конструкциям, передаваемому значению. Такая речь получила название автономной, или малой речи. Она представляет собой промежуточную стадию между доречевым и собственно речевым этапами развития. В этот период ребенок строит высказывания по своим, а не общепринятым языковым закономерностям. Возможности общения с помощью автономной речи резко ограничены. Слова представляют собой искаженные формы общеупотребимых слов или их частей, часто на основе повторения слогов («бабака» – «собака»).

Двухсловные предложения возникают с 1,5 лет. Характерна простая и лаконичная грамматическая конструкция, внешне напоминающая «телеграфную» речь. Например, «нет вниз» означает «не спускай меня с горки», «больше машина» – «покатай меня еще» и т. д. Понимание двухсловных предложений затруднено, их смысл сложно понять вне отрыва от конкретной ситуации.

Развитие словаря. В ходе речевого развития понимание речи всегда опережает способность к произношению. В возрасте 1 года наиболее выражен разрыв между пассивной и активной речью. До 1,5 лет темпы нарастания пассивного словаря незначительные и ребенок обычно различает в речи около 10–30 слов. В 1 г. 8 мес. словарный запас увеличивается до 50 слов. Далее происходит «скачок», и в возрасте 2 лет их количество уже насчитывает 200–300, а к 3-м годам словарный запас составляет 900–1000 слов. В возрасте 2 лет ребенок по названию показывает на картинке животных, людей, дома. На сюжетной картинке показывает 3 предмета. На 2 году жизни ребенок постоянно нуждается в том, чтобы родители называли окружающие предметы. Первое осознанное слово-высказывание возникает обычно после года. В 1,5 года ребенок произносит до

15 слов, в том числе 5–6 звукоподражаний. К 2 годам количество произносимых слов увеличивается в 2-3 раза, появляются фразы. Первые вопросы возникают после 2-х лет. Между появлением первого и второго слова, как правило, имеется значительный временной промежуток. У большинства детей он составляет 1 мес. Период с момента появления первого слова до начала непрерывного нарастания словаря у разных детей составляет от 2 до 5 мес. Характерной особенностью является неравномерность развития словаря. Наряду со «скачками» наблюдаются периоды застоя и регресса.

Дошкольный возраст (от 3 до 7 лет). Выделяют преддошкольный возраст от 3 до 5 лет. В этот период появляются основы характера, развитие или сдерживание самостоятельности и познавательной активности, развитие основных предпосылок интеллекта (активности, моторики, речи, внимания, памяти) и основы его мышления, развитие эмоционально-волевой сферы – от сферы бессознательного упрямства к целенаправленному упрямству и осознанным волевым усилиям, от малодифференцированных и простых эмоций к более дифференцированным и содержательным, а также к высшим эмоциям, связанным с удовлетворением не только элементарных потребностей, социализацией и расширением общения со взрослыми и сверстниками дома, во дворе, в детском саду, на новогодней елке.

Как и до трех лет большое значение для психического развития играет активность ребенка. Однако после 3 лет при оценке психического развития, основное внимание обращается на развитие предпосылок интеллекта. Развивается тонкая моторика. Ребенок может копировать крест, круг, квадрат, линию, а на рисунке человека рисует (в 4–5 лет) уже руки и детали лица. Многие дети могут построить башню уже не из 3–4, а из 8–9 кубиков. После 3 лет ребенок может сам одеться, а многие и застегнуться, обуться. Он не только называет свое имя и фамилию, но запоминает и домашний адрес (если родители научили).

Развивается долговременная память. До 3 лет ребенок себя не помнит. С 3 лет он помнит отдельные эпизоды, эмоционально поразившие его. Например, как впервые увидел в деревне гусей, в зоопарке покатался на пони, или на лодке по пруду и т. д. Воспоминания о событиях после 4 лет более содержательные, т. к. развиваются вместе с мышлением. Смысловая память, использующая ассоциации, связь событий. Первые операции мышления (обобщение, исключение, сравнение, установление причинных связей) возникают при общении со взрослыми и при самостоятельной игре. Игра ребенка в первую очередь моделирует уже известные ситуации, так как например, ребенок кормит, укладывает спать и называет куклу так же, как родители, строит из кубиков то, что его научили. Это помогает закреплению знаний. Однако, при игре пробуждается творчество, фантазия, возможность создания нового, принятие нестандартных решений, приобретение собственного опыта; Таким образом игра способствует психическому развитию. Кроме того, при совместной игре со сверстниками (дома, во дворе в детсаду, на утренниках) расширяются навыки общения, поведения и реагирования. «Игра – путь к познанию мира», писал М. Горький.

С 5 до 7 лет идет подготовка к школьному обучению. Поэтому к играм в «дочки-матери», в детсад, доктора, солдата, строителя, художника и т. д. при-

бавляется игра в школу, которую организуют родители или педагоги детских дошкольных учреждений. Детям дают кубики с буквами, чтобы он начал знакомиться с буквами и пытался складывать из них первые слова (мама), предлагают им нарисовать некоторые буквы (П, О, Т, А, М), учат их считать пальчики, а после освоения прямого счета до 10 и простым счетным операциям («прибавлять» и «отнимать» в пределах 5, иногда 10) сначала на пальцах, кубиках, а потом без наглядных предметов, но на конкретном содержании («у тебя 2 конфеты и дали еще 2, сколько будет конфет у тебя?»). Эти первоначальные навыки чтения, письма и счета необходимы для успешной работы в школе. Ведь в школе на усвоение этих начальных навыков дается гораздо меньше времени. Для подготовки к школьному обучению необходимо также развитие мышления (освоение элементарных классификаций, знание некоторых понятий и использование их для общения, сравнения и исключения). Так ребенок из предложенных 6 перечислений игрушек, птиц, одежды, мебели, овощей, посуды («Как вместе называются?») Должен назвать 5 понятий. Ребенок перед школой может и должен отличить куклу и девочку, птицу и самолет не по внешним признакам, а по существенным (живое-неживое), хотя бы со второй-третьей попытки («А еще чем отличается?») Он может объяснить почему он думает, что сейчас день, что светит и где солнышко, если его не видно. Ребенок может показать достаточное развитие памяти и рассказав стихотворение, сказку или что он делал летом).

Вышеперечисленный уровень развития памяти, внимания, мышления, начальных навыков чтения, письма, счета, в целом развития интеллекта. Достаточны для своего возраста знания о себе (фамилия, возраст, адрес) и окружающем мире. Очень важна социализация ребенка. Поэтому при подготовке к школе в детсаду или дома воспитывают у ребенка понимание и выполнение заданий старших, развивают усидчивость, сосредоточенность на занятиях (например, рисовании), навыки общения, самообслуживания, самостоятельности и послушания. Очень важно, чтобы у дошкольника было желание идти в школу, сознание необходимости и полезности обучения. К сожалению, иногда в семье не очень хорошо говорят о школе, дополняя этими разговорами шуточную песню о трудности обучения уже в первом классе. Завершение этого периода: готовность к школьному обучению.

Младший школьный возраст (7–11 лет). Меняется социальное положение ребенка. Он уже член коллектива класса. Его ведущей деятельностью становится учеба. Дети сразу становятся серьезнее, появляется ответственность и значимость новой деятельности. Обогащается эмоциональная сфера. Развиваются высшие эмоции: удовлетворение от познания, от успехов в обучении и опасение неудач в учебе. Они уже знают, что дальше будут оценки за выполнение задания, хотя вначале оценок нет. Обычно первые задания выполняются старательно.

В то же время привыкание к режиму школы происходит у большинства детей постепенно. В начале они относятся к школе как к детсаду. Приносят игрушки, шалют, утомившись сидеть встают из-за парты. Относятся к учителю как к воспитателю детсада («вторая мама»). Дома еще не могут самостоятельно собрать ранец, организовать учебное место, сесть за уроки, а иногда и выпол-

нить домашнее задание. Обычно в течение месяца дети привыкают к школьному режиму и выполнению домашних заданий. Однако у некоторых детей этот период затягивается. Трудность адаптации к школе у них связана с недостаточной подготовкой к школе, недостаточным развитием самостоятельности, ответственности и волевых усилий для преодоления трудностей обучения. Большую помощь при этом оказывают родители. Эта помощь должна быть ненавязчивой, не вытесняющей самостоятельный труд школьника. Очень важно поощрение самостоятельности, похвала успехам (хотя бы небольшим), внушение веры в последующий успех, а не порицание неуспеха. Нельзя жалеть «несчастливого замученного ребенка», порицать школу. Дети легко повторяют поведение и высказывания родителей после работы: «Устал. Не приставай. Лягу отдохнуть».

В первых классах постепенно идет усвоение навыков чтения, письма и счета, но уже к 3–4 классу возрастает темп (чтения, письма и счета), так как эти навыки автоматизируются. Все больше развивается память. По-прежнему преобладает механическое запоминание, запоминание при повторении «зазубривание», (например, таблицы умножения, стихотворений). Но уже к 4–5 классу все больше развивается (при обучении) логическая (смысловая) память и организуется мышление: выделение существенного, образование ассоциаций и мнемонических приемов, осознание важности запоминаемого. Увеличивается объем памяти, особенно словесной, более точной. Улучшение преобразования информации облегчает воспроизведение (припоминание) ее. В младшем школьном возрасте 7–10 лет еще преобладает конкретное мышление, хотя уже есть логическое и абстрактное. Дети могут правильно объединять предметы, но не всегда могут сразу объяснить объединение или исключение с использованием понятий. Если же они используют для этого понятия, то это чаще проявление научения, чем собственной мыслительной деятельности. Лишь в переходе к подростковому возрасту, при дальнейшем развитии мышления и накоплении собственного опыта, появляется собственное мышление понятийное и возможность большей абстракции (в 11–12 лет), что необходимо для обучения в старших классах. Уже в 3–4 классе школьники все больше приучаются к самостоятельной работе в учебе, произвольному запоминанию, самостоятельному мышлению.

Завершение периода: готовность к обучению в старших классах, к самостоятельной интеллектуальной деятельности и подготовке к будущей самостоятельной жизни, начало пубертатного криза и подросткового периода.

Старший школьный возраст (12–16 лет). Иногда этот период называют пубертатным, даже пубертатным кризом, хотя он заканчивается раньше (у девочек в 13–14 лет, а у мальчиков в 15 лет), а период полового созревания завершается позже (в 18 лет). Иногда этот период называют подростковым, хотя некоторые определяют позже (13–14 лет) начало подросткового возраста. Да и старшим школьным возрастом некоторые считают только период обучения в 8–10 классе. Мы же считаем целесообразным выделить период после окончания начальной школы, как период, совпадающий в основном с периодом полового созревания. Пубертатный криз более сложный и растянутый по сравнению с предыдущими, очень важен для формирования не только соматического и эндокринного развития, но и для формирования личности и психики.

Все психическое развитие в этот период (и эмоциональное и познавательное) находится под большим влиянием развития личности, в первую очередь самостоятельности, необходимой для будущей жизни. Самоактуализация проявляется не только в самоутверждении, но и в самоусовершенствовании.

Начинается период со значительного возрастания в 12 лет тревоги, особенно личностной, направленной на будущее. Отчасти это можно объяснить соматическими изменениями (гормональное напряжение, формирование телосложения, вегетативные и сердечно-сосудистые реакции). Последние более выражены в 15 лет, когда также возрастает тревога. Повышение в 12 лет тревоги, опасений за будущее, связано также с изменением школьной программы: переходом на обучение с 4 класса с разными преподавателями, увеличение школьной нагрузки и усложнение материала. При этом начинаются разговоры о будущих экзаменах, выборе профессии и соответственно об ответственности, самостоятельности и плане обучения. В это же время появляется недовольство собой, критическое отношение к себе, как возрастание самосознания, в том числе сознания своих возможностей для обучения и будущей жизни.

Развитие самоанализа, самокритики, высших и отрицательных эмоций способствует дальнейшему психическому развитию, познанию и самоусовершенствованию, растет роль мотивации для совершенствования целенаправленной волевой деятельности. Именно в подростковый период утверждается характер, вырабатывается воля и развивается сознание последствий своих действий. Ведь в 16 лет получается паспорт – документ о самостоятельности, в том числе ответственности за себя. Характерна для этого возраста социальная активность. Подростки стремятся проявить себя в каком-нибудь деле. Они объединяются в группы по интересам, в неформальные молодежные группы. Самоутверждение в группах также требует познания, хотя бы в русле интересов группы. Резко возрастает объем памяти и знаний. Подростки больше читают, смотрят фильмы, обмениваются впечатлениями. Ценится эрудиция, углубленные познания, хотя бы в области личных интересов (музыка, спорт и т.д.). Именно в этом возрасте возникают увлечения, хобби, коллекционирование. В школе появляются любимые и нелюбимые предметы. Как реакция на теоретический характер обучения, без практического применения и без учета личных интересов, возникает вопрос: «А зачем мне это надо?» Увеличивается критическое отношение, в первую очередь к школе, к взрослым, к окружающему миру. Бурное развитие самосознания, взросления, самоутверждения сопровождается повышением уровня тревоги, напряженности, конфликтности, нетерпеливости, требования признания. Интеллектуальное развитие подростка также во многом определяется подготовкой к будущей самостоятельной жизни. При значительном возрастании понятийного и абстрактного мышления, что во многом связано со школьной программой, по-прежнему сохраняется потребность все конкретизировать, проверить практикой (делают дома физические и химические опыты, взрывчатые смеси, разные модели, в том числе радиомодели, «препарируют» лягушек и т.д.).

Юношеский возраст (15–17 лет). Это последний рубеж перед взрослым возрастом, перед самостоятельной жизнью. Именно в этом возрасте усиленное

формирование личности, переоценка ценностей, нравственных норм, поиск и нахождение себя, своего пути в жизни. Созревание личности — это формирование собственного «Я». Остро встает вопрос: «Кто я такой?» Происходит радостное и пугающее открытие «Я». Тут же встают вопросы: «Что я хочу? Что я могу? К чему мне стремиться?» и т.д. Происходит глубокий анализ себя, своих возможностей. Также критически переосмысливаются нравственные и общественные ценности, убеждения и принципы. Обдумываются сложные общечеловеческие вопросы и проблемы. Если в дошкольном возрасте объяснения родителей что такое хорошо и что такое плохо воспринималось как аксиома, то теперь это уже требует доказательств. Идет собственная выработка убеждений и решение вопроса: «В чем смысл жизни? Каково мое предназначение? Что хорошо? Что есть истина?» При этом кроме общечеловеческих «философских» вопросов встают и конкретные личные: «Кого мне можно считать другом? Как проводить время? Как найти друга (подругу)? Какую я хочу работу, жилище, семью?» и т.д.

Появление первых (философских) вопросов связано с изменением психических процессов при переходе от подросткового к юношескому возрасту. Около 14 лет подростки осознают значение признака, положенного в основу объединения и исключения, научаются использовать абстрактное слово-понятие и переходят к понятийному мышлению. Овладевая более сложными мыслительными операциями, старшеклассники нередко находят удовлетворение от решения логических задач, выделения общих закономерностей. Возрастной особенностью становится теоретизирование, пренебрежение подробностями и мелочами жизни, а для некоторых и рассуждательство (иногда до бесплодного резонерства) и создание собственных теорий (иногда в политике или философии). В этом же возрасте все большее значение приобретают высшие (социальные) эмоции (13).

Появление же вторых (житейских) вопросов указывает на социальное значение юношеского возраста, которое осознают или чувствуют все юноши и девушки. Появляется необходимость в профессиональном определении. Утверждение своих позиций в среде сверстников и в юношеских группах, взрослых и лиц противоположного пола требует усилий, в первую очередь интеллектуальных. Во всех группах ценятся знания, умения, способности. И в первую очередь ценится способность если не к лидерству, то к самостоятельности. Трудность самоутверждения связана как с недостаточным опытом жизни, так и с нечеткой или противоречивой оценкой себя (сочетание переоценки и низкой оценки себя). У юношей отмечается стремление больше узнать и боязнь показать себя неопытным, незнающим, наивным. Могут почти одновременно проявляться грубость к сверстникам и взрослым и нежная привязанность, заботливость и чуткость к тому, кто нуждается в уходе, помощи, защите, когда юноша выступает в роли взрослого. Помимо проявления собственных нравственных критериев и удовлетворения от своей самостоятельности, и значимости юноша, выступая в роли взрослого, осваивает будущую роль отца и руководителя.

Завершение периода: готовность к самостоятельной жизни.

Медицинские аспекты психологии личности

Термин «личность» происходит от латинского слова «persona», что означает «маска». «Маска» была выражением определенного типа человека, выражала человеческий характер и одновременно определяла и его социальную роль. Например, в древности раб не был персоной, т.е. не был носителем никаких прав, не имел никакого признаваемого обществом характера, не имел, таким образом, общественной маски.

Понятие личности выражает три основные значения: 1) человеческий тип; 2) индивидуальный характер; 3) социальную роль. На этих значениях построены и наиболее известные концепции личности. Краткое определение личности, удовлетворяющее различные теоретические подходы, весьма затруднительно. Один из основателей психологии личности Г.Олпорт считает личность динамической организацией психофизиологических систем, которые определяют характерные способы его поведения. Г. Айзенк понимает личность как более или менее стабильную организацию характера, темперамента, интеллекта и тела. Р. Мейли под личностью понимает психологическое целое, которое характеризует определенного человека. Т. Пьерон говорит о личности как об интегральном единстве человека, совокупности его постоянных отличительных характеристик (интеллект, характер, темперамент, конституция). Пожалуй, наиболее краткое определение личности дал Д. Гилфорд: «Личность индивида – это специфическая констелляция черт».

При всем разнообразии понимания личности и ее определений большинство психологов сходятся в том, что личность представляет собой единое целое, единство психических и соматических процессов, а также включает в себя признак индивидуальной самобытности. Обобщая все вышесказанное, можно сформулировать понимание личности как совокупность относительно постоянных свойств индивида во взаимодействии с жизненной средой.

Крупнейший отечественный психолог С. Л. Рубинштейн обобщил проблематику личности в 3-х основных вопросах:

1. Что человек есть (характер);
2. Что человек может (задатки, способности, таланты);
3. Что человек хочет (потребности, интересы, ценности, постулаты, идеалы).

Основные концепции личности

Наиболее ранняя концепция личности, сохранившая влияние до настоящего времени, основные типы личности связывают с биологическими особенностями человека, в первую очередь с различиями темпераментов.

И. П. Павлов на основе нейрофизиологического критерия разделил их следующим образом:

- Сильный, уравновешенный, подвижный (сангвиник);
- Сильный, уравновешенный, инертный (флегматик);
- Сильный, неуравновешенный (холерик);
- Слабый (меланхолик).

Эти типы И.П. Павлов дополнил еще тремя:

- Тип художественный (преобладание первой сигнальной системы и творческой эмоциональности).
- Тип мыслительный (преобладание второй сигнальной системы и словесно-абстрактного мышления).
- Тип смешанный, средний (уравновешенное отношение обеих сигнальных систем).

Связь психологических компонентов личности с биологической природой человека легла в основу типологических теорий личности. Наиболее известной стала типология немецкого психиатра Э. Кречмера, который выдвинул положение о корреляции психиатрического диагноза с соматическим типом. Э. Кречмер обратил внимание на то, что при шизофрении чаще бывает астеническое сложение (66%), в то время как, при маниакально-депрессивном психозе – пикническое телосложение (67%). Это послужило основанием для разделения личностей, находящихся на границе между психическим здоровьем и болезнью, на циклотимиков (экстравертов) и шизотимиков (интравертов).

У. Шелдон использовал сложную многоступенчатую оценку, в результате получил три основных морфологических типа личности, отличающихся друг от друга физическими и соответственно психологическими характеристиками: 1) мезоморфный (соматическая структура хорошо развита); 2) эндоморфный (телесная структура относительно слабая и неразвитая, но сильно развиты внутренние органы); 3) эктоморфный (хрупкость и изящество всего тела, слабое развитие внутренностей и соматической структуры). С этими типами У.Шелдон эмпирически скорректировал основные три типа (степени) темперамента, соответствующих выявленным им соматипам: 1) висцеротонию (свобода в осанке и движении, медленная реакция, любовь к еде, чувственная экстравертность и т.д.); 2) соматотонию (решительная осанка и движения, энергичность, физическая смелость, любовь к шуму, соматическая экстравертность и т.д.); 3) церебротонию (заторможенность в осанке и движениях, слишком быстрая реактивность, любовь к одиночеству, интровертированность и т.д.).

Психоаналитическая концепция личности (З. Фрейд). В основе концепции лежат представления о том, что психическая деятельность зависит от количества «психической энергии», которая в свою очередь является следствием либидо. Накопление либидо в области бессознательного повышает уровень «психической энергии» и, следовательно, психическую активность.

Вытесненное либидо влияет на механизм поведения. Выделяют следующие его формы. При **компенсаторном** поведении происходит возмещение недостаточных физических или психических качеств. За счет повышенной активности в других областях, так подросток низкого роста усиленно занимается спортом, достигая успехов в таких престижных видах спорта как восточное единоборство, фитнес и др. При **рационализации** происходит объяснение или оправдание скрытых мотивов. Например, постоянное и тщательное скрывание матерью раздражения к дочери объясняется ею необходимостью повысить к ней требование. Мать как бы не хочет знать, что истинная причина заключается в ее недовольстве своим положением одинокой женщины, которая «ради дочери» от-

казал себе в счастье быть любимой. При **идентификации** компенсаторное поведение характеризуется отождествлением себя с теми лицами, которые обладают качествами, отсутствующими у самого субъекта. Такое поведение приводит к созданию «кумиров», поклонению им, что наблюдается в среде «фанатов», внутреннему конфликту – страху при столкновении с реальностью.

Для механизма **проекции** характерно приписывание другим желаний или опасений, которые присущи самому. Так, родители, отличающиеся повышенной требовательностью, обвиняют своих детей в разболтанности, лени, невосдержанности, не замечая, что эти черты нередко свойственны им самим.

Неофрейдистские концепции (социальный психоанализ). Эти концепции положили в основу различные психологические комплексы, которые, по мнению авторов, имеют силу инстинктивных стремлений. По А. Адлеру, основным фактором, влияющим на формирование личности, является стремление к самоутверждению; К. Хорни считает, что в качестве такого фактора выступает внутренний конфликт – страх при столкновении с реальностью.

К вышеперечисленным концепциям примыкает ряд гипотез, построенных на целостном подходе к изучению личности. В качестве основы взята мотивационная система и учет основных побуждений, в частности. А. Фрейд придавала основное значение собственной активности ребенка, по ее мнению, его внутренняя уверенность в успехе является необходимым условием для достижения, например, учебной деятельности. На этой основе она строила и подход к его воспитанию. Обоюдное доверие между ребенком и педагогом, ребенком и родителями должно определить его успешность. По мнению К. Роджерса первичным механизмом является нежелание субъекта изменять собственное представление о себе. Подобный подход иногда дает возможность для понимания психологических механизмов поведенческих реакций у детей в конфликтных ситуациях. Так, при ссоре с младшей сестрой, брат не признает себя виноватым и обвиняет родителей в несправедливости наказания, ссылаясь, что она «сама виновата... вы ее больше любите, чем меня». По существу, он как бы не хочет признать себя «плохим ребенком» и желает сохранить высокую самооценку. Таким же образом действует и другой подросток, который принижает свои достижения, говорит о себе «что он ничего не представляет». В его действиях лежит внутренне неосознанное стремление сохранить привычную для него низкую самооценку. Опираясь на свои представления, К. Роджерс предложил в воспитательной практике по большей части выражать детям уважение, одобрять их побуждения, т.к. самоуважение – важнейшая потребность индивида.

В теории К. Левина к первичным относится механизм уровня притязаний, который, по его мнению, является важным образованием, стимулирующим активность личности. На уровень притязаний влияют успешность или неуспешность деятельности подростка. При высоком притязании подросток стремится к успеху в учебе, в спорте, в хобби и др., добиваясь этого, ставит себе новые задачи, чтобы превзойти предыдущие и добиться новых успехов (24).

В противовес биологическим и психологическим концепциям предлагались теории личности, основанные на социологическом подходе. По мнению Ог. Конта, Э. Дюргейма, П. Жане, Г. Мид и др., формирование личности зависит от

влияния общества. Так, П. Жане считал, что человек в своем поведении переносит на себя те действия, которые первоначально осуществлялись между другими людьми. Достаточно часто родители в воспитании детей повторяют те приемы, которыми пользовались по отношению к ним их собственные родители. На основе социологических подходов были сформированы представления о социализации – науке о процессе превращения индивидуума с его потенциальными возможностями в члена общества под действием социальных условий и воспитания. Считается, например, что резкое отнятие от груди способствует в дальнейшем большей самостоятельности ребенка, строгость в приучении к туалету – к повышенной тревожности. Наибольшее признание получила концепция личности Г. Мид – теория ролевого поведения. Основные понятия теории объясняют внутренние механизмы усвоения ребенком социального опыта. Понятие **позиции** включает социальное положение и исходящие из него права и обязанности. Понятие **роли** объясняет возможные действия субъекта для реализации, занимаемой им позиции. Окружающие **ожидают** от субъекта того поведения, которое соответствует его роли. Понятие «Я» – взаимная связь между «Я» и ролями. Так, подросток является в отношении родителей – сыном, педагогов – учащимся, сверстников – товарищем, сестры – братом и др. Чем выше уровень осознанности роли, тем сложнее и дифференцированное поведение. Игра — одна из форм овладения ролями, например, «дочки – матери», «ученика – учителя», «больного – врача» и др. Согласно теории роли, механизмы идентификации и имитации являются центральными факторами развития, т.к. роль формирует «Я». При расхождении между представлениями о «Я» и ролью возникает внутренний конфликт и снижение самооценки («Я – плохой мальчик», «Я – неудачник»). Конфликтные отношения могут возникать между двумя конкурирующими ролями. Подросток, например, не желая выдать друзей, что-то скрывает от родителей и одновременно страдает, что их обманывает.

В психологии отношений В. Мясищева в качестве основной характеристики личности выступает система ее избирательных психологических связей (отношений) с различными сторонами жизни. В детской практике наибольшее значение имеют семейные отношения, избирательная связь между ребенком и матерью, ребенком и отцом, отношения между братьями – сестрами, матерью и отцом и др.

Психология отношений позволяет понять нормальное и патологическое формирование личности. Так, например, скрытое недовольство мужем переносится на ребенка, который ближе к отцу, чем к матери. В другом примере, постоянные опасения, потери любви мужа повышают тревожность матери, которая в свою очередь влияет на ее отношение к детям, вызывая тревогу за их здоровье и жизнь. И в том, и в другом случае у ребенка формируются черты повышенной тревожности.

Исследования отношений в семье или школе позволяет выявить психогенные механизмы патогенеза психосоматических расстройств, разработать психотерапевтические методы их терапии и профилактики. В детской клинике важное значение имеют вопросы взаимных отношений между врачом и больным, врачом и родителями больного. При недоверии к врачу родители не станут сле-

довать его рекомендациям, обратятся за помощью к другому врачу, но потеря времени может обернуться ухудшением состояния ребенка.

В структуру личности, по В. Мясищеву, входят такие свойства как активность, ум, восприятие, память, способности и волевые качества.

А. Леонтьев, развивая идеи В. Выготского, Я. Рубинштейна, предложил концепцию личности с позиции психологии деятельности. Основой личности является система относительно устойчивых мотивов, как главных побудителей деятельности. Побудительные мотивы являются непосредственными стимулами для конкретной деятельности (например, хорошая успеваемость для получения стипендии), смыслообразующие мотивы придают деятельности личностный смысл. Так призвание приобретает смыслообразующую функцию при подготовке к деятельности врача.

Личность, темперамент, характер

По вопросу, как связаны между собой личность, темперамент и характер, в психологии имеют место различные концепции. Обычно характер и темперамент трактуются как составные, производные характеристики личности. Однако такая точка зрения далеко не бесспорна. Венский психолог Х. Рорахер в своей концепции исходит из противоположной трактовки и рассматривает отношение характера к личности как отношение генотипа к фенотипу, т.е. основным, наследственным считает именно характер. Характер, с его точки зрения, – это личностное своеобразие индивида, он создается задатками, всеми врожденными предпосылками, наследственной основой, т. е. содержит все возможности, отпущенные человеку для жизни. В отличие от этого, личность – это то, что в данном моменте из этой потенциальной основы актуально реализовалось. Поэтому Х. Рорахер считает, что личность в течение жизни изменяется, а характер – никогда.

Г. Ремплайн называет темпераментом относительную постоянную личной окраски переживаний и формы индивидуального способа реакции и движения, а характером – относительную постоянную индивидуального оценивающего усилия, ощущения и желания. Личность, в понимании Г. Ремплайна, (в отличие от лица), включает в себя ориентацию на духовный ряд ценностей, т. е. то, что различает в главном психологию человека и психологию животных: человек имеет индивидуальную историю и общественную историю, животные ее в этом смысле не имеют: они живут, размножаются и умирают. Они не знают истории, не имеют культуры.

С современных позиций можно понимать темперамент как способ эмоциональной реактивности и динамики деятельности индивида, а характер – как совокупность конституциональных свойств личности. Определение личности было дано ранее (4).

Мы рождаемся как индивиды, становимся лицами (персонализация), которые осознают свое «я» и обладают определенной индивидуальностью, обусловленной темпераментом. Путем воспитания и в результате постоянных контактов и взаимоотношений с жизненной средой из единства конституциональных свойств (характера) создается и проявляется личность.

Возрастные аспекты развития личности

Предличностный период (1-й год жизни) характеризуется накоплением опыта взаимоотношений с окружающими, в результате чего формируются относительно устойчивые чувства к близкому человеку, семье, представление о своем месте среди людей. Обязательным условием развития начальных (предличностных) представлений о себе является эмоциональное принятие ребенка окружающими, благодаря чему появляется положительное самоощущение («я хороший и хорошо то, что я делаю»). Важно, что ребенок в целом пока не разделяет себя, свою «физиологическую жизнь» (кормление, сон и др.) и свою деятельность (двигательная активность, игровые манипуляции и др.). Поэтому чрезмерно категоричная воспитательная позиция, строгая оценка поведения может восприниматься как эмоциональное неприятие и отвержение. Вследствие этого у младенца развивается негативное представление о себе как таковом.

На 1 году жизни закладываются предпосылки образа «Я». С 6 мес ребенок по-разному реагирует на свое и чужое имя. Во втором полугодии жизни ребенок живо интересуется своим отражением в зеркале, внимательно разглядывает детали лица, сопровождает это радостными эмоциями. На 2 году жизни возникают разнообразные игры перед зеркалом, предметом наблюдения становятся мимика, волосы, части одежды. Ребенок, наблюдая за собой, меняет свой облик и отслеживает возникшие изменения.

На 2-м году жизни возникает способность отделять себя от результатов своей деятельности. Появляются первые представления о хороших и плохих поступках, осознаются собственные желания и устремления. Формирующееся отношение к самому себе первоначально неустойчиво, сильно зависит от одобрения поступков взрослыми. Оценка взрослых выступает не только критерием успешности действий («я хорошо поступил»), но и критерием развитости представлений о себе («я хороший»). Поэтому неудачи ребенком переживаются бурно и глубоко, затрагивают его самооценку.

Попытки самостоятельно повторить выполняемые взрослыми бытовые действия наблюдаются уже на 2 году жизни. Ребенок вслед за мамой расставляет на столе посуду, подметает пол, развешивает белье и др. На 2 году жизни вносятся возникающие навыки самообслуживания.

В раннем возрасте формируются предпосылки такого явления, как материальная проекция своего «Я» в деятельности. Это отчетливо проявляется в достигнутых результатах – построил дом, вымыл руки, оделся и т.д. Происходит осознание того, что именно собственные действия привели к изменению в окружающем материальном мире. Одновременно формируется представление о возможности влиять на окружающие предметы.

Осознание своих желаний возникает примерно в 2 года. У ребенка есть намерение получить тот или иной результат, и он старается действовать самостоятельно в достижении цели. Однако эти попытки, как правило, не совершенны. Взрослые обычно помогают ребенку довести начатое до конца, поддерживают и одобряют его усилия.

Постепенно формируется настойчивость в достижении цели. В 2–3 года возникающее желание уже сопровождается более или менее организованными действиями. Ребенок может сравнить полученный результат с первоначальным замыслом и таким образом оценить предпринятые усилия.

К 3 годам ребенок начинает отличать себя от взрослых, появляются личные местоимения. «Я» выступает как нечто неизменное в отличие от собственных действий, которые могут совершаться или не совершаться (ребенок отделяет себя от действий).

Кризис 3-х лет сопровождается рядом поведенческих реакций. Среди них описываются реакции детского «негативизма», отказа, протеста (оппозиции), эмансипации и различные их разновидности.

Детский «негативизм» отличается от непослушания своими мотивами. Ребенок отказывается выполнять требования взрослых не потому, что не хочет этого делать, а потому, что данное предложение исходит от взрослого. Таким образом, детский «негативизм» относится к разряду протестных (оппозиционных) реакций. Это может быть протест против формы обращения взрослого или гипертрофированное желание быть самостоятельным («Я сам»). Кроме детского «негативизма», который обычно адресован конкретному взрослому, выделяют реакции оппозиции, которые направлены против поведенческих норм вообще.

Упрямство проявляется в упорном требовании того, на чем ребенок настаивает. Решающую роль при этом играет не содержание требований, а сам факт высказанного желания.

Дошкольный возраст (3–6 лет). Характерной и типичной для ребенка в этом периоде является творческая игра, связанная с воображаемой деятельностью, с фантазией. Память начинает быть сознательной – ребенок старается запомнить некоторые сведения. Эмоции являются более дифференцированными, и в конце периода бывает уже развита обширная шкала эмоциональной жизни: любовь, сочувствие, дружба, зависть, ревность, а также социально-этические чувства. В конце этого периода начинает формироваться детская личность. Поскольку главным в ее формировании в этот период – ее гармоничное развитие, необходимо избегать всего, что могло бы деформировать эту гармонию. Спокойствие, терпеливость, уважение к детской личности, исполнение обещаний; искреннее, а не показное участие в жизни ребенка, положительный эмоциональный климат являются предпосылками нормального развития детской личности.

Школьный препубертатный период (7–12 лет). В это время психическое развитие личности тесно связано с общественными обязанностями. Жизнь ребенка связана с коллективом, создается новая связь: учитель-ученик. В эмоциональном отношении часто проявляется лабильность, эмоциональная неустойчивость, напряженность, особенно там, где имеют место неблагоприятные формы воспитания. Большинство психологов и педиатров сходятся в том, что двигательная активность и шумность в этом возрасте являются вентилем, ослабляющим психическое напряжение. Растет сознание собственного достоинства, собственных возможностей и способностей. Начинается сравнение себя с другими. Проявляется самостоятельность – отсюда строгая критика взрослых и некритическое отношение к себе. Вследствие недостатка опыта и несоответствия в от-

ношении чувства собственной личности во многих случаях возникает внутренняя неуверенность и колебания, неустойчивость психики. Импульсивность в области интересов. Постепенное освобождение от авторитета родителей (7).

Пубертатный и юношеский период (12–18 лет для девушек, 13–21 год для юношей). Беспокойство, свойственное препубертатному периоду, является доминирующим признаком и в пубертатном периоде. Однако, если беспокойство в препубертатном возрасте направлено наружу, то беспокойство в пубертатном – обращено внутрь. Новым элементом пубертатного периода является осознание сексуальности и эротики. Имеет место повышенное сексуальное давление. Уравновешенность с обществом происходит путем как усиления общения с друзьями, так и удалением, нередко конфликтным, от семьи. Присоединение к своему поколению, поиски и нахождение партнера являются характерными для этого периода. Типичным является пубертатный и юношеский аутизм, самонаблюдение, поиск эмоционального ответа, раздумья над собой и над смыслом жизни. В этот период подросток и молодой человек справляются с половым созреванием, с новой социальной действительностью и с собой (5,6).

Методы исследования личности

Для исследования личности применяются клинические, психологические и социометрические методы. Клиническими методами должен уметь владеть и использовать в своей практике любой врач. Осуществляются эти методы путем клинической беседы и клинического наблюдения, позволяющих выяснить отношение человека к себе, к окружающему, к отношению окружающих (8).

Клиническая беседа проводится в форме свободного интервью. Эффективность беседы зависит от умения установить контакт, правильно сформулировать вопросы, от состояния обследуемого в момент проведения исследования. Оценка результата субъективна, ее достоверность повышается при повторении бесед. Приступая к беседе, врач должен четко представлять цель исследования, придерживаться определенного плана. В то же время беседа ни в коем случае не должна превращаться в допрос, важно уметь создать непринужденную, естественную атмосферу. Дети зачастую уклоняются от ответов на прямые вопросы или отвечают формально. Подобные ответы не дают достоверной информации и могут дезориентировать врача. В качестве иллюстрации можно привести следующие примеры:

Неудачно сформулированные вопросы	Формальные ответы	Правильно поставленные вопросы
– Считаешь ли ты себя привлекательным?	– Не знаю	– Много ли в классе девочек красивее тебя? Менее привлекательных?
– Как ты учишься?	– Нормально	– Какой предмет тебе больше нравится? Какой дается труднее? По какому плохие оценки? Почему?
– Ты сильный?	– Да	– Кто из мальчиков в классе сильнее тебя? Кто слабее? Часто ли приходится драться? Из-за чего?

Неудачно сформулированные вопросы	Формальные ответы	Правильно поставленные вопросы
– Ты храбрый?	– Да	– Ты боишься темноты? А оставаться один? А чего боишься?
– Кого ты больше любишь: папу или маму?	– Обоих	– Кому ты скорее доверишь свою тайну: папе или маме? Никому? С кем из родителей ты хотел бы поехать отдыхать?
– Любишь ли ты брата?	– Да	– Лучше было бы, если бы ты был у мамы с папой один?
– Любишь ли ты читать?	– Да	– Какие книги ты прочел за последнее время? Что запомнилось, почему?
– Кем хочешь быть?	– Шофером	– Какие профессии тебе нравятся? На кого ты сможешь выучиться?
– Как к тебе относятся ребята?	– Хорошо	– Есть ли в классе ребята, с которыми ты хотел бы подружиться, но не получается? Когда вы играете в войну, кем тебя выбирают: командиром, рядовым, неприятелем?
– Какие у тебя отношения с родителями?	– Хорошие	– Часто ли тебя наказывают родители?

Определенный интерес могут представлять вопросы о том, как будет вести себя ребенок в предлагаемых ситуациях.

Метод клинического наблюдения заключается в изучении особенностей поведения ребенка как во время беседы с врачом, так и в общении с родителями, с персоналом, сверстниками, в играх. При этом следует обращать внимание на внешний вид (насколько следит за собой), активность, громкий или тихий голос, склонность к уединению или общительность, стремление общаться со старшими или младшими по возрасту детьми своего или противоположного пола и т.п. Таким образом, в процессе клинического наблюдения удастся установить эмоционально значимые отношения личности, ценностные ориентации, привычные стереотипы поведения и самовыражения.

Осветить некоторые аспекты отношений личности ребенка помогает также анамнез, включающий в себя сбор сведений о ребенке не только у него самого, но и у его родителей, учителей, воспитателей.

Психологические и социометрические методы имеют для медицины меньшее значение, чем клинический метод. Их исследование требует специальной подготовки.

Психологические методы исследования личности включают непроективные и проективные методики.

Нeproективные методики представляют собой вопросники, содержащие перечень специально подобранных утверждений или вопросов, на каждый из которых испытуемый должен дать ответ, выбрав его из предложенных вариантов. Вопросы составляют шкалы (факторы), отражающие особенности личности. Определенность ответов позволяет подвергнуть их статистической обработке и получить количественно выраженные результаты (22).

Примерами непроективных методик могут служить:

1. Личностный опросник Айзенка для детей. В нем содержится 60 вопросов, ответы на которые интерпретируются по шкалам интроверсии (малообщительность, застенчивость, сдержанность), экстраверсии (общительность, активность, беззаботность, вспыльчивость), нейротизма (эмоционально-психическая устойчивость), лжи (тенденция к демонстративности в ответах, их противоречивость).

2. ММРІ (Миннесотский многопрофильный личностный опросник). Он включает 550 утверждений от первого лица, касающихся самочувствия обследуемого, его отношений с окружающими, наличия невротической, психотической, психопатической симптоматики и другие. Дается один из трех ответов: не могу сказать, верно, неверно. Ответы на вопросы ММРІ позволяют отнести испытуемых к числу психически здоровых лиц, либо к больным с различными психопатологическими симптомами, синдромами.

3. Методика диагностики темперамента Я. Стреляу. Тест-опросник направлен на изучение трех основных характеристик нервной деятельности: уровня процессов возбуждения, уровня процессов торможения, уровня подвижности нервных процессов. Содержит 134 вопроса.

4. В подростковом возрасте используется Патохарактерологический Диагностический Опросник (ПДО) для подростков. ПДО предназначен для определения в возрасте 14–18 лет типов акцентуации характера и типов психопатий, а также сопряженных с ними некоторых личностных особенностей (психологической склонности к алкоголизации, делинквентности и др.). ПДО включает 25 таблиц — наборов фраз («Самочувствие», «Настроение» и др.) В каждом наборе от 10 до 19 предлагаемых ответов (16).

При проективных методиках испытуемый, как правило, не знает, что исследуются особенности его личности, о которых судят по реакциям на вербальный (слова) или невербальный (картины, музыка, цвет) стимул.

Примером таких тестов могут служить:

3. Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга. Методика содержит 24 рисунка, на которых либо возникает препятствие на пути удовлетворения потребности (например: «Я не могу приехать, хотя знаю, что подвожу тебя») или ситуации обвинения (например: «Это ужасно! Ты разбил любимую вазу моей мамы.») По поводу этих ситуаций, называемых фрустрационными, испытуемый должен высказаться в качестве одного из персонажей рисунка. При анализе ответов оценивается направленность реакции – экстрапунитивная, при которой осуждаются обстоятельства и участники ситуации; интрапунитивная – испытуемый обвиняет себя и берет на себя ответственность за ситуацию; импунитивная – ситуация является для испытуемого малозначимой.

4. ТАТ (тематический апперцептивный тест). Состоит из 29 картин и одной белой карты. Исследование проводится в два этапа. В первый день испытуемому сообщают, что исследуются его литературные способности. Предлагаются картины с реалистическим содержанием и просят составить рассказ по ним. На следующий день испытуемому сообщают, что он прекрасно справился с предыдущим заданием, и предлагаются картины фантастического содержания. Испы-

туемого просят в своих рассказах описать, что, по его мнению, происходит на картине в данный момент; рассказать, что предшествовало возникновению данной ситуации; предсказать, что произойдет в дальнейшем; отразить чувства и переживания изображенных лиц; рассказать о мыслях этих людей. Оценка ТАТ очень сложна. Считается, что в рассказах человек проецирует себя на одного из героев, выявляя при этом свои потребности и «давление» среды, основываясь на прошлом опыте (апперцепция). В результате ТАТ позволяет выявить отношения трех слоев личности: осознанное открытое поведение, осознанное скрытое поведение, неосознанное скрытое поведение.

5. Методики «Рисунок семьи», «Нарисуй дом, дерево и человека». При проведении исследования ребенку предлагают стандартный лист бумаги, 12 цветных карандашей. Никаких указаний, кроме просьбы отразить в рисунке заданные темы, не дается. Задание должно выполняться самостоятельно. При оценке результатов обращается внимание на последовательность и тщательность рисования объектов, графические отличия в форме, пропорциях, цвете, на использование пространства листа, на содержание рисунка. Рисунки позволяют судить о личностных особенностях авторов, их адаптации, самооценке, характере внутрисемейных отношений.

Социометрические исследования личности. Они направлены в основном на измерение взаимоотношений в группе, на определение места испытуемого в группе.

Примером социометрических методик могут служить:

6. «Выбор в действии». В ходе экспериментации дети по одному приглашаются в кабинет, где на столе разложены конверты с фамилиями всех в группе. Ребенку вручаются три открытки и предлагается анонимно положить их в конверты троим избранным им. После этого выясняется, сколько и от кого открыток он предполагает получить. При оценке результатов учитывается количество полученных открыток, взаимных выборов, соотношение количества ожидаемых и полученных открыток. Методика позволяет выделить лидеров, пренебрегаемых, отвергаемых в группе, определить степень психологической и социальной дезадаптации.

Медико-психологические аспекты отклоняющегося поведения у детей и подростков

В процессе развития личности с возрастом меняются потребности. Возникнув в определенном возрастном периоде, в последующем они дезактуализуются, вытесняются на задний план новыми, хотя и не исчезают совсем. Основными потребностями детей в возрасте до 3-х лет являются потребность в уходе, общении со взрослыми, получении информации, речевом общении. У детей 3–7 лет помимо перечисленных, появляются потребности в общении со сверстниками, в самостоятельности, в самоутверждении, в ролевых играх, в признании родителями, воспитателями. Новыми для детей 7–11 лет являются потребности в обучении, в признании учителем, в социальной активности. Потребности детей старшего школьного возраста (12–15 лет) характеризуются контрастными

тенденциями: одновременно напряженными становятся потребность в индивидуальности (отличаться от других, выделиться) и «стандарт–потребность» (быть как все). Снова актуализируются потребности в самоутверждении, в уважении со стороны взрослых. Важными являются потребности в признании сверстниками, в общении со сверстниками противоположного пола.

При неудовлетворении потребностей у детей могут отмечаться **поведенческие реакции**. В 2–6-летнем возрасте в форме отказа, оппозиции, имитации, отрицательной имитации, компенсации.

1. Реакция *отказа* часто появляется у детей, помещенных в больницу в детские ясли при неправильном отношении к ребенку. Возникновение этой реакции связано с утратой чувства безопасности, защищенности. Проявляется в виде отказа от еды, игр, общения с окружающими.

2. Реакция *оппозиции* (протеста) вызывается мстительным чувством в ответ на обиду, несправедливость, направлена против лиц, являющихся причиной конфликта. Может проявляться как в пассивной форме (уходы из дома, прогулы занятий, мутизм), так и в активной форме (непослушание, грубость, открытая агрессивность).

3. Реакция *имитации* связана со стремлением подражать поведению человека, имеющего авторитет в глазах ребенка. Чаще возникает у конформных детей, не уверенных в себе, с заниженной самооценкой.

4. Реакция *отрицательной имитации* отличается от реакции имитации тем, что образцом для копирования служат асоциальные формы поведения (сквернословие, хулиганство, кражи, курение и др.).

5. Реакция *компенсации* характеризуется стремлением ребенка восполнить неудачи в одной области успехами в другой.

С 7-летнего возраста помимо перечисленных реакций встречаются реакции *гиперкомпенсации* и *эмансипации*. Реакция гиперкомпенсация заключается в настойчивом стремлении ребенка достичь успеха именно в той области, в которой он слаб. Реакция эмансипации выражается в стремлении уйти от опеки, контроля старших, утвердить себя как личность.

С 13 лет появляются реакции *группирования* и *увлечений*. Реакция группирования со сверстниками больше характерна для подростков мужского пола. Они объединяются в группы, имеющие, как правило, свою территорию, жаргон, иерархию ролей. Примыкая к группе, ребенок удовлетворяет потребность в общении, чувствует себя защищенным. Реакции увлечений многообразны: интеллектуально-эстетические (музыка, литература, радиотехника), телесно-мануальные (культуризм, спорт, приобретение определенных искусных ручных навыков), лидерство (поиски ситуаций, в которых можно руководить), накопительские (все виды коллекционирования) и прочие.

Акцентуации характера

Для медицинской психологии взаимосвязь личности, темперамента и характера особенно важно для понимания проблемы акцентуаций характера. Акцентуациями называются крайние варианты нормального характера, при которых

отдельные черты последнего усилены, отчего обнаруживают избирательную уязвимость при определенных психогенных воздействиях и повышенную устойчивость при других. Примером акцентуаций характера личности с сильным типом высшей нервной деятельности могут служить следующие варианты:

1. Гипертимный – такие дети отличаются высоким жизненным тонусом, почти всегда хорошим настроением, неудержимой активностью, постоянным стремлением к неформальному лидерству. Склонны к переоценке своих возможностей и чрезмерно оптимистическим планам на будущее.

2. Циклоидный – отмечаются резкие колебания настроения. В период подъема поведение ребенка соответствует гипертимному варианту. В период сниженного настроения общение с окружающими тяготит, снижается аппетит, нередко ребенок жалуется на упадок сил, снижение трудоспособности.

3. Эпилептоидный – главной чертой является склонность к состояниям злобно-тоскливого настроения, с постепенно накапливающим раздражением. С этими состояниями обычно связана аффективная раздражительность. Лидерство проявляется стремлением властвовать. Для этого типа характерны инертность, тугоподвижность, мелочная аккуратность, дотошное соблюдение всех правил, педантизм, допекающие окружающих.

У личностей со слабым типом высшей нервной деятельности могут развиваться следующие варианты акцентуаций:

4. Сенситивный – главными чертами являются большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. Замкнутость и робость, застенчивость возникают среди посторонних и в непривычной обстановке. Непосильными оказываются ситуации, где ребенок оказывается объектом неблагоприятного внимания окружающих или подвергается несправедливым обвинениям.

5. Астеноневротический – главными чертами являются повышенная утомляемость, раздражительность, склонность к ипохондричности.

6. Неустойчивый – главная черта – нежелание трудиться (работать, учиться), постоянная тяга к развлечениям. Из-за трусости и недостаточной инициативности в компаниях оказываются в подчиненном положении. Самооценка обычно неверная.

7. Конформный – отличается чрезмерная конформность к привычному окружению, к своей среде. Живут по правилу: думать «как все», поступать «как все». Отличаются поразительной некритичностью. Нелюбовь к новому легко проявляется неприязнью к чужим. Самооценка обычно неплохая.

Если высшая нервная деятельность характеризуется преобладанием первой сигнальной системы над второй, может развиваться:

8. Истероидный тип – главными чертами которого являются эгоцентризм, ненасытная жажда внимания к своей особе, восхищения, удивления, сочувствия. Претендуют на лидерство. Самооценка далека от объективности. Обычно представляет себя таким, каким в данный момент легче всего произвести впечатление.

При преобладании второй сигнальной системы встречаются следующие типы акцентуаций:

9. Психастенический – отличается нерешительностью, склонностью к рассуждательству, тревожной мнительностью в виде опасений за будущее, склон-

ностью к самоанализу. В самооценке – тенденция находить у себя черты разных типов, включая совершенно несвойственные.

10. Шизоидный – главными чертами являются замкнутость и недостаток интуиции в процессе общения. Трудно устанавливают неформальные, эмоциональные контакты. Внутренний мир почти всегда закрыт от других, заполнен увлечениями и фантазиями, предназначенными исключительно для себя (16).

Помимо перечисленных встречаются и другие типы акцентуаций, развивающиеся реже. Почти половина случаев акцентуаций падает на смешанные типы. Акцентуированные черты характера, как правило, хорошо компенсируются и не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации личности. Дезадаптация происходит при неблагоприятных условиях, неоднозначных для различных типов акцентуаций. Например, для шизоидного типа декомпенсацией становится ситуация, где необходимо много общаться, устанавливать контакты, для гипертимного – изоляция от сверстников, для сенситивного – ответственное поручение и т. п. В детском возрасте, пока характер еще не сформирован, следует говорить об отдельных акцентуированных чертах.

Медико-психологические аспекты семейного воспитания

Формирование личности ребенка во многом определяется особенностями семейного воспитания. **Воспитанием** называется планомерное и целенаправленное воздействие на ребенка, включающее передачу новому поколению общественно-исторического опыта, обеспечивающее оптимальную адаптацию индивида к окружающей среде на биологическом, психологическом и социальном уровнях (26).

Разными авторами изучено и описано много вариантов неправильного воспитания в семье. Наиболее типичны следующие из них:

1. Воспитание по типу *гипоопеки*:
 - 1) явная гипопротекция,
 - 2) скрытая гипопротекция,
 - 3) потворствующая гипопротекция.
2. Воспитание по типу *гиперопеки*:
 - 1) гиперсоциализирующая протекция,
 - 2) авторитарная гиперпротекция,
 - 3) потворствующая гиперпротекция,
 - 4) воспитание в культуре болезни.
3. Противоречивое воспитание.

Варианты воспитания в семье по типу **гипоопеки** характеризуются отверганием ребенка, происходящего сознательно или на бессознательном уровне. Часто такое отношение бывает у родителей к ребенку, родившемуся от нежеланной по различным причинам беременности, в случаях, когда отец, мать или оба недовольны браком, но не расстаются из-за неверно понимаемого чувства долга перед ребенком. Иногда гипоопека связана с разочарованием родителей в своем наследнике, чей внешний вид, способности, нередко пол не соответствуют их ожиданиям.

1. **Явная гипопротекция** характеризуется безнадзорностью детей, равнодушием родителей к их проблемам. В семье не обращают на них внимания, обеспечивая лишь самый необходимый уход, а если они попадают под руку, то их наказывают за малейший проступок. Родители заняты работой, друг другом, своими проблемами и ребенок воспринимается ими как досадная помеха. Особенно тяжелые последствия имеет этот вариант воспитания при наличии в семье другого, любимого ребенка, воспитываемого иначе. Отвергаемый в этом случае особенно остро переживает несправедливость, которая вызывает вначале протест, а позднее – отчаяние. И незаслуженные наказания, и постоянное ироническое отношение формируют у детей чувство неполноценности, тревожную мнительность, агрессию и аутоагрессию.

2. **Скрытая гипопротекция** часто отмечается при воспитании нелюбимого или неродного ребенка, характеризуется формальным подходом к нему, неискренностью заботы о нем. Атмосфера скрываемого равнодушия родителей способствует формированию лживости, циничности, эгоизма ребенка. Чувствуя фальшь отношения к себе, воспитуемый тяготится семейной обстановкой, стремится больше времени проводить вне дома. Неудовлетворенная потребность в признании, в теплых отношениях приводит ребенка в асоциальные компании, что усугубляет и провоцирует конфликты в семье.

3. **Потворствующая гипопротекция** характеризуется сочетанием слабого контроля за ребенком и не критичного отношения к нему. При неправильном поведении детей, нерадивом их отношении к занятиям, родители склонны оправдывать их, видеть причины всех неприятностей во влиянии улицы, школы, в некачественности педагогов. Недостаток собственного внимания к ребенку при этом игнорируется. Такой тип воспитания не обеспечивает создания теплых отношений родителей с детьми, в то же время делает ребенка претенциозным, формирует у него завышенную самооценку, высокомерное отношение к окружающим.

Воспитание по типу *гиперопеки* также имеет несколько различных вариантов. Объединяют их повышенное внимание родителей к своим детям, стремление детально контролировать формирование их личности, воздействовать на него. Диапазон отношения к ребенку при данном типе воспитания может быть широк: от не критичного принятия его особенностей и создания «тепличных» условий для их развития до полного игнорирования его индивидуальных черт, желание добиться соответствия сына или дочери придуманному родителями эталону. И в том, и в другом случае родители пытаются удовлетворить потребности ребенка, но понимают их неполно и неверно.

1. **Гиперсоциализирующая протекция** – вариант воспитания, встречающийся в семьях, озабоченных тем, чтобы ребенок занял высокую ступеньку на социальной лестнице. Часто родители хотят, чтобы он достиг в жизни того, что не удалось им самим (например, получил высшее образование). «Гармоническому развитию», с их точки зрения, способствует посещение различных кружков, изучение иностранных языков, занятия теннисом; фигурным катанием, обучение игре на музыкальных инструментах и др. При этом способности и возможности детей зачастую не учитываются. Режим дня ребенка расписывается по минутам. Он не бывает предоставлен сам себе, не успевает играть, прак-

тически не общается со сверстниками. Такие дети заорганизованы, много и добросовестно занимаются, очень переживают, если не получают высших оценок. В детском коллективе они нередко дезадаптированы, так как излишне послушны, лишены инициативы, симбиотически привязаны к матери. Чем больше несоответствие высокого уровня притязаний, сформированного родителями, и возможностями ребенка, тем чаще и выраженнее встречаются у него нервно-психические расстройства, прежде всего астено-обсессивного круга.

2. Авторитарная гиперпротекция характеризуется постоянным повышенным контролем родителей за каждым шагом ребенка, навязыванием ему стиля поведения, единственного правильного с их точки зрения. Не проявляя интереса к переживаниям ребенка, от него требуют беспрекословного подчинения. Инициатива подавляется, малейшее непослушание строго наказывается. Страх приводит к тому, что ребенок становится лживым, конформным. У воспитываемых таким образом детей, находящихся в постоянном напряжении, повышен уровень тревожности, часто возникает чувство собственной неполноценности. Игнорирование индивидуальных особенностей детей, их способностей, возраста провоцирует протестные реакции различной интенсивности, выражающиеся в разных формах, в том числе в виде ауто- и гетероагрессии. Особенно бурными, вплоть до ухода из дома, делинквентного поведения, протестные реакции становятся в подростковом возрасте.

3. Потворствующая гиперпротекция или воспитание по типу «кумир семьи» чаще встречается в семьях с единственным, желанным ребенком. Обычное развитие малыша родители воспринимают как чудо. Его способности чрезмерно преувеличиваются, демонстрируются окружающим. Таким образом, формируется стремление ребенка быть в центре внимания окружающих. Самооценка и уровень притязаний у таких детей завышен. В коллективе сверстников они пытаются занять лидирующее положение, но признания, как правило, не получают, так как слишком эгоцентричны, не умеют сотрудничать, высокомерны. Свои неудачи в коллективе ребенок часто пытается компенсировать в семье, терроризируя близких.

4. Воспитание в культуре болезни также следует отнести к типу гиперпротекции. Этот вариант встречается при наличии у ребенка врожденного или приобретенного хронического заболевания. Отношение детей к болезни отражает представление о ней родителей. Их повышенное беспокойство вызывает у больного интерес к своему недугу, в частности и телесным проявлениям вообще. Часто ощущаемое, как правило неосознаваемое, родителями чувство вины перед ребенком, приводит к тому, что его чрезмерно балуют, прощают любые выходки, не привлекают к домашней работе. Довольно быстро больной привыкает к повышенному вниманию и заботе, становится претенциозным, обучается использовать (иногда даже агравировав) недомогание для получения разного рода льгот, то есть у него формируется рентная установка. В то же время постоянная фиксация на вопросах болезни и лечения способствует ипохондризации ребенка.

Нужно отметить, что часто в семьях придерживаются не одного варианта воспитания, а используют их различные сочетания (например, элементы потворствующей гиперпротекции с гиперсоциализирующей протекцией).

5. Противоречивое воспитание в семьях встречается часто. Характеризуется оно тем, что разные члены семьи, придерживаясь неодинаковых взглядов на воспитание и особенности детей, на проблемы формирования их личности, пытаются осуществлять различные варианты воспитания. Например, мать и бабушка излишне опекают ребенка, а отец очень строг к нему. Подобные ситуации неблагоприятно сказываются на развитии личности ребенка, способствуют формированию у него невротических черт (25).

Воспитание ребенка в семье – сложный и творческий процесс. От родителей часто приходится слышать жалобы на неконкретный характер работ по педагогике и психологии. Действительно, готовых рецептов по воспитанию не удастся найти даже у классиков. И не случайно. Авторы предупреждают об этом: «Не рассматривайте эту книгу как универсальное пособие по обучению детей, подростков, юношей, девушек» (В. А. Сухомлинский «Сердце отдаю детям»); «...помочь родителям оглянуться, задуматься, открыть глаза – скромная задача этой книги» (А. С. Макаренко «Книга для родителей»); «Всякий раз, когда, отложив книгу, начинаешь раздумывать, книга достигла цели. Если же, быстро листая страницы, ты станешь искать предписания и рецепты, досадуя, что их мало, знай: если и есть тут советы и указания, это вышло ... вопреки воле автора» (Я. Корчак «Как любить детей»). Таким образом, нельзя научить правильно воспитывать ребенка, однако можно посоветовать вместе с К. Д. Ушинским: «Изучайте законы тех психических явлений, которыми вы хотите управлять, и поступайте, сообразуясь с этими законами и теми обстоятельствами, в которых вы хотите их приложить».

Есть ряд положений, выполнение которых является обязательным для успешного воспитательного воздействия на ребенка любого возраста. Условно можно разделить их на 3 группы.

1. Изучение особенностей ребенка. Узнавать ребенка можно беседуя с ним, наблюдая за его деятельностью, игрой. Воспитатель должен иметь правильное представление о возможностях воспитанника. Важно наблюдать за ребенком в коллективе сверстников, постараться определить его место в группе (лидер, пренебрегаемый, отвергаемый), понять причины такого положения. Очень важен принцип активности изучения. «Знание воспитанника должно идти к воспитателю не в процессе безразличного его изучения, а только в процессе совместной с ним работы и самой активной помощи ему» (А. С. Макаренко). В противном случае воспитатель становится стражем «стен и мебели, тишины..., чистоты ушей и пола...», который следит, чтобы «ребенок... не мешал работе и веселому отдыху взрослых» (Я. Корчак).

2. Общение с детьми. Главное в общении с ребенком – признание его прав «на уважение», права «быть тем, что он есть» (Я. Корчак), серьезное отношение к его переживаниям, чувствам, проблемам. В отношениях взрослых и детей не должно быть никаких скидок на возраст ни в одну, ни в другую сторону, их поступки должны руководствоваться «одной, единой моралью, суть которой – демократический централизм» (А. С. Макаренко). Родитель должен быть авторитетом для ребенка и в то же время должен быть доступным, общение с ним должно быть желанным. Этого можно добиться, соблюдая правило, которое

Ш.Л. Амонашвили назвал «законом взаимности»: «Пусть педагог всегда спешит к детям, радуется каждой встрече с ними, тогда и дети будут спешить... и от всего сердца радоваться каждой встрече со своим педагогом».

3. Собственно процесс воспитания. Все члены семьи должны помнить, что непрерывно идет воспитание примером. Необходима выработка общего взгляда на особенности характера ребенка, общей тактики воздействия на него, постановки общих целей воспитания. Важно, чтобы ребенок чувствовал себя полноправным членом семьи, знал свои права и обязанности. Это способствует правильному формированию социальной и половой роли. Его необходимо активно привлекать к работе по дому. При этом деятельность ребенка должна быть целесообразной и по возможности творческой. При появлении в характере воспитуемого нежелательных черт, воздействовать на него следует постепенно от одобрения и поощрения авансом к мягкой, а затем более жесткой требовательности. При расторможенности ребенка нужно не ограничивать его активность, а стараться направить ее в социально приемлемое русло. «Суть детской дисциплины... не в подавлении шалостей, а в преобразовании их. Не надо требовать от детей того, чего мы не смогли внушить им с помощью нашей педагогики» (Ш. А. Амонашвили). Наказывать ребенка можно лишь убедившись в том, что он понимает справедливость этого, что после наказания он будет испытывать раскаяние, а не обиду и желание отомстить. В противном случае, наказание не достигает своей цели. Переход от одного возрастного периода к другому обусловлен, как это показано работами Л. С. Выготского и Д. Б. Эльконина, изменением связи между уровнем развития отношений с окружающими и уровнем развития знаний, способов общения. В этом заключается важнейшая движущая сила перехода к следующим возрастным этапам. Так называемые кризисные периоды развития возникают, когда воспитатели не учитывают уровень развития воспитанника, в связи с чем нарушается соответствие между сложившимися, с одной стороны, и с развивающимися возможностями детей, с другой. Таким образом, конфликты возникают или при неудовлетворении потребностей ребенка (часто это потребность в самостоятельности), или при завышении требований, предъявляемых к нему, то есть когда требования не соответствуют возможностям. Из этого следует, что залогом успешного воспитания являются адекватность требований способностям и возрасту ребенка, а также знание и удовлетворение его потребностей. Ведь, по определению В. И. Даля, «воспитание есть забота о вещественных и нравственных потребностях малолетнего» (12).

Психология болезни и лечебного процесса

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ (ВКБ).

По определению Р.А. Лурия, под ВКБ подразумевают «все то, что переживает и испытывает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с его приходом к врачу». ВКБ оказывает влияние на развитие клинических проявлений, течение

и на эффективность терапии любого заболевания. В отличие от ВКБ пациента, у врача имеется объективное, научное понимание и знание болезни, на которое он опирается в своей диагностической и лечебной деятельности, в своем отношении к больному. Отсюда следует, что ВКБ, формирующаяся у пациента, и объективная картина болезни, имеющаяся у врача, как правило, не совпадают. Это может нарушать гармоничность взаимоотношений в системе врач-больной и приводить к ухудшению результатов лечения.

Чтобы выполнить основное требование современной медицины – «лечить больного, а не болезнь», врач обязан изучить истоки формирования ВКБ и вытекающее из нее отношение к болезни у каждого данного больного.

Элементов, формирующих ВКБ у детей много, но все они могут быть сведены в три основные группы факторов: 1) осознание здоровья, болезни, лечения; 2) ситуация и отношения вокруг больного; 3) личность больного.

У детей наиболее часто встречаются следующие типы отношений личности к болезни и реакций на нее:

1. Депрессивно-астенический – уныние, вялость, плаксивость, чувство безысходности; неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения; пессимистический взгляд на все окружающее, на будущее, чувство вины за доставленные хлопоты; мысли о собственной малоценности и суицидные мысли.

2. Ипохондрический – на фоне сниженного настроения фиксации на своем здоровье, на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, а на их основе преувеличение действительности, выискивание несуществующих страданий и преувеличение побочного действия лекарств; сочетание желания лечиться и неверия в успех, требования обследований и неверие в их результат.

3. Тревожно-фобический – страх, тревога, боязнь смерти, осложнений и лечебных и диагностических мероприятий, боязнь не только за себя, но также за жизнь и здоровье своих близких, за будущее семьи, учебы и т.п.

4. Истерический – эгоистический уход в болезнь, выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и недомоганий, с целью завоевать их внимание, требование исключительной заботы о себе, аггравация симптомов или создание новых симптомов, не свойственных основной болезни, по типу самовнушенных представлений о болезни.

5. Анозогнозический – («а» – отрицание, «нозос» – болезнь, «гнозис» – узнавание) – легковесное, «бодряческое» отношение к болезни и ее последствиям с надеждой, что все «само обойдется»; отрицание очевидных и возможных последствий болезни или приписывание ее проявлений случайным обстоятельствам, отказ от обследования и лечения с желанием «обойтись своими средствами», желание сохранять привычное поведение здорового человека, а поэтому постоянны нарушения лечебного режима.

6. Гармонический – правильное, разумное отношение к болезни со стремлением во всем активно содействовать успеху лечения, а при неблагоприятном прогнозе – переключение интересов на другие цели (на близких, дела, заботу об окружающих и т.п.).

Физиологический уровень дезадаптации под влиянием болезни и его влияние на соматопсихологические отношения

В состоянии здоровья нервная система обеспечивает уравнивание организма с внешней средой, но одновременно она же обеспечивает и гомеостаз – необходимое постоянство внутренней среды, сбалансированность всех обменных и физиологических процессов, происходящих в нем.

Любая болезнь, создавая дополнительные трудности для организма, вызывает дезадаптацию – истощение приспособительного уравнивания – дисбаланс основных нервных процессов.

Под влиянием болезни прежде уравновешенный баланс торможения и возбуждения изменяется в сторону преобладания последнего. Это и есть первая стадия СОМАТОГЕННОГО АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА – ИРРИАТИВНАЯ или ГИПЕРЭРГИЧЕСКАЯ.

Клинически она выражается повышенной возбудимостью и истощаемостью эмоций, двигательной активности и ощущений. У детей развивается бессонница, чередующаяся с сонливостью и нарушением засыпания, анорексия (нарушение аппетита), головные боли, потливость и другие нарушения вегетативной регуляции. Больные становятся раздражительными, обидчивыми, капризными и плаксивыми, особенно при болях, страданиях, неудачах лечения. Они излишне подвижны, гиперактивны без определенной цели. Раздражение изливается на первого встречного. Внимание становится неустойчивым, отвлекаемым, вследствие чего страдает продуктивность памяти и мышления, падает психическая работоспособность. Вследствие повышения чувствительности – гиперестезии, появляется непереносимость малейших болевых, температурных и других ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения, а впоследствии слезливое раскаяние за беспокойство и несдержанность.

Если болезнь затягивается, то астенический синдром вступает во вторую стадию – на фоне слабости тормозного процесса истощается и процесс возбуждения. Эта стадия называется АПАТИЧЕСКОЙ или ГИПОЭРГИЧЕСКОЙ.

В клинической картине на смену повышенной возбудимости приходит заторможенность, апатичность, равнодушие к окружающему и к себе, обнаруживается вялость побуждений. Дети залеживаются в постели, теряют интерес к играм, перестают обслуживать себя. Настроение у них сниженное, внимание с трудом привлекается к окружающим событиям, ощущения и восприятия теряют свою яркость, отчетливость мышления замедляется и обедняется.

При неблагоприятном течении болезни в терминальных состояниях может появиться и третья стадия астенического синдрома – АТОНИЧЕСКАЯ или АНЕРГИЧЕСКАЯ. В основе ее проявлений лежит крах как тормозных, так и возбуждающих процессов: психическая деятельность обедняется и затухает, утрачивается тонус коры головного мозга, а вместе с этим утрачивается и ясность сознания, возможность реагировать на окружающее и на свое состояние.

Все эти стадии астенического синдрома постепенно сглаживаются и редуцируются после соматического выздоровления ребенка. Однако стойким психическим осложнением после тяжелых, а особенно длительных или повторяющихся соматических болезней у детей является ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗ-

ВИТИЯ. Вследствие появляющегося при этом затяжного церебростенического синдрома затрудняется познавательная деятельность, главным образом, за счет повреждения предпосылок интеллекта (фрагментарности и нецеленаправленности восприятий, истощаемости и отвлекаемости внимания, нарушений запоминания и воспроизведения информации, снижения способности к психическому напряжению и быстрой истощаемости интересов).

Между психологическим и физиологическим уровнями дезадаптации имеется взаимосвязь. Действие личностно-ситуационного фактора выглядит различно, в зависимости от стадий астенического синдрома.

В первой, гиперэргической или ирритативно-астенической стадии личностно-ситуационный фактор проявляется наиболее ярко, обуславливая все многообразие отношений к болезни. У детей с наиболее частыми реакциями в этой стадии являются тревожно-фобическая, истерическая и эйфорически-анозогнозическая.

Во второй, гипоэргической (астено-апатической) стадии, реакции личности на болезнь становятся более бледными и однообразными, складываясь чаще всего в депрессивно-астенический и ипохондрический варианты отношения к болезни.

В третьей, энергической (атонической) стадии, вследствие наступающего резкого обеднения психической деятельности личности реакции на болезнь блекнут и исчезают.

Таким образом, различные варианты отношений личности к своей болезни выступают на фоне астенического синдрома и в зависимости от его стадий эти реакции на болезнь исчезают по мере соматического выздоровления ребенка.

Однако у часто болеющих и соматически ослабленных детей происходит фиксация реакций на болезнь и отношений к ним окружающих. На этой основе могут развиваться осложнения в виде стойких акцентуаций личности и патологических характеров – СОМАТОГЕННОЕ ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ.

Патохарактерологическому развитию по АФФЕКТИВНО-ВОЗБУДИМОМУ ВАРИАНТУ способствует воспитание и отношение к соматически больному ребенку по типу «гипоопеки» и безнадзорности, а также условия длительных конфликтных ситуаций в микросреде (семье, школе, неформальной группе и т. п.).

В происхождении ТОРМОЗНОГО ВАРИАНТА личности (неуверенного, робкого, обидчивого, замкнутого, лживого и в то же время мечтательного ребенка) важная роль принадлежит неправильному воспитанию типа «гиперопеки» с жесткой директивностью.

Своеобразная психологическая атмосфера в семье вокруг больного или физически ослабленного ребенка по типу «гиперопеки» с особым щадящим режимом – «оранжерейным» воспитанием способствует закреплению тормозных, а иногда истероидных компонентов характера, формирует иждивенческую позицию, ограничивает развитие волевых установок, чувства ответственности, интересов и навыков к труду, т.е. ведет к психохарактерологическому развитию по НЕУСТОЙЧИВОМУ ТИПУ.

Часто наблюдается патологическое формирование личности у долго и часто болеющих детей по так называемому ДЕФИЦИТАРНОМУ ТИПУ. Здесь ведущая роль принадлежит реакции личности на осознание своего дефекта, физической и психической несостоятельности, социальной депривации, т.е. изоляции от общества сверстников в связи с физическим дефектом или тяжелым соматическим заболеванием, а также своеобразному неправильному воспитанию и отношению к соматически неполноценному ребенку. Кроме того, в патогенезе этого типа определенную роль играет патологически измененная «почва» в виде резидуальной (остаточной) церебрально-органической недостаточности, нарушений физического и полового созревания или стойкого соматогенного истощения мозговой деятельности (церебрастении).

Из изложенного становится ясной ответственность врача-педиатра не только за соматическое здоровье ребенка, но вместе с тем, и за полноценность развития его интеллекта и личности. Правильное распознавание каждый раз педиатром ВКБ, вытекающих из нее типов отношения больных к своей болезни, понимание динамики и инертности астенического синдрома послужат основой психопрофилактики нарушений психического развития его пациентов, создадут ему авторитет у больных и их родственников, позволят ему стать настоящим «семейным» врачом.

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ.

На адаптацию человека к болезни также зависит от МПЗ, используемых в фрустрирующих ситуациях.

Начиная с раннего детства, и в течение всей жизни, в психике человека возникают и развиваются механизмы, традиционно называемые "психологические защиты", "защитные механизмы психики", "защитные механизмы личности". Эти механизмы как бы предохраняют осознание личностью различного рода отрицательных эмоциональных переживаний и перцепций, способствуют сохранению психологического гомеостаза, стабильности, разрешению внутриличностных конфликтов и протекают на бессознательном и подсознательном психологических уровнях. Термин «защита» впервые появился в работах З.Фрейда (1926), обозначая используемые при конфликтных отношениях. Механизмы психологической защиты направлены на уменьшение тревоги, вызванной интрапсихическим конфликтом. А. Фрейд (вслед за своим отцом З. Фрейдом) считала, что защитный механизм основывается на двух типах реакций:

- блокирование выражения импульсов в сознательном поведении;
- искажение их до такой степени, чтобы изначальная их интенсивность заметно снизилась или отклонилась в сторону.

Б.Д. Карвасарский (1990) рассматривает психологическую защиту как систему адаптивных реакций личности, направленную на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов. Психологические механизмы представляют собой механизмы интрапсихической адаптации, направленные на приспособление к сложным ситуациям, к которым, безусловно, относится болезнь, устраняя при этом тревогу и повышая самооценку, способствуя смене мотивов и формируя сообразное ситуации поведение.

Ф. В. Бассин подчеркивал, что главное в защите сознания от дезорганизующих его влияний – снижение субъективной значимости травмирующего фактора. Защита способна предотвратить дезорганизацию поведения человека, наступающую не только при столкновении сознательного и бессознательного, но и в случае противоборства между вполне осознаваемыми установками (23).

Механизмы психологических защит (МПЗ) условно подразделяются на протективные (отрицание, вытеснение, регрессия, реактивное образование) и дефензивные (рационализация, замещение, компенсация, проекция). Протективные считаются менее зрелыми, не допускающими в сознание индивидуума информацию и внутриличностном конфликте и психотравмирующей ситуации. Дефензивные дают возможность осознать индивидууму внутриличностный конфликт, но позволяют интерпретировать информацию о нем «безболезненным» для себя способом.

К основным формам психологической защиты относятся:

- замещение (высвобождение скрытых эмоций, обычно гнева, на предметах, животных или людях, воспринимаемых, как менее опасные для индивида, чем те, которые действительно вызвали эмоции),
- рационализация (нахождение правдоподобных причин для оправдания действий, вызванных подавленными, неприемлемыми чувствами),
- проекция (бессознательное отражение собственных эмоционально неприемлемых мыслей, свойств или желаний и приписывание их другим людям),
- реактивное образование (предупреждение выражения неприемлемых желаний, особенно сексуальных или агрессивных, путем развития или подчеркивания противоположного отношения и поведения),
- сублимация (удовлетворение вытесненного инстинктивного или неприемлемого чувства, особенно сексуального или агрессивного, путем осуществления социально одобряемых альтернатив),
- регрессия (возвращение в состоянии стресса к ранним или более незрелым паттернам поведения и удовлетворения)
- отрицание (отсутствие осознания определенных событий, элементов жизненного опыта или чувств, болезненных в случае их осознания),
- компенсация (интенсивная попытка исправить или найти подходящую замену реальной или мнимой, физической или психологической несостоятельности)

Высокий уровень напряженности психологических защит с преобладанием «регрессий», «замещения», «проекции», и дефицит «отрицания» выявлен при эндогенной депрессии. Психологическая защита характеризуется пассивностью-неконструктивностью. Процессы защиты направлены на снижение эмоционального напряжения (18).

Функции психологических защит, с одной стороны, можно рассматривать как позитивные, поскольку они предохраняют личность от негативных переживаний, восприятия психотравмирующей информации, устраняют тревогу и по-

могут сохранить в ситуации конфликта самоуважение. С другой стороны, они могут оцениваться и как негативные. Действие защит обычно непродолжительно и длится до тех пор, пока нужна "передышка" для новой активности. Однако, если состояние эмоционального благополучия фиксируется на длительный период и, по сути заменяет активность, то психологический комфорт достигается ценой искажения восприятия реальности или самообманом.

Психологическая защита, искажая реальность с целью сиюминутного обеспечения эмоционального благополучия, действует без учета долговременной перспективы. Ее цель достигается через дезинтеграцию поведения, нередко связанную с возникновением деформаций и отклонений в развитии личности.

По мере нарастания отрицательной информации, критических замечаний, неудач, неизбежных при нарушении процесса социализации, психологическая защита, временно позволявшая личности иллюзорно-положительно воспринимать объективное неблагополучие, становится все менее эффективной.

Устойчивость, частое использование, ригидность, тесная связь с дезадаптивными стереотипами мышления, переживаний и поведения, включение в систему сил противодействия целям саморазвития делают такие защитные механизмы вредными для развития личности. Общей чертой их является отказ личности от деятельности, предназначенной для продуктивного разрешения ситуации или проблемы.

Механизмы психологической защиты определяют направление в выборе копинг-стратегии, определяют индивидуальные характеристики защитносовладающего поведения.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ.

Копинг-стратегии – это способы и приемы, направленные на совладание с психотравмирующей ситуацией. К такому поведению относят активные и преимущественно сознательные способы, направленные на принятие и разрешение психотравмирующей ситуации, в частности болезненного процесса.

Р. Лазарус и С. Фолкман предложили классификацию копинг-стратегий, ориентированную на два основных типа – проблемно-ориентированный копинг (problem-focused) и эмоционально-ориентированный копинг (emotional-focused).

Проблемно-ориентированный копинг, по мнению авторов, связан с попытками человека улучшить отношения «человек-среда» путем изменения когнитивной оценки сложившейся ситуации, например, поиском информации о том, что делать и как поступить, или путем удержания себя от импульсивных или поспешных действий.

Эмоционально-ориентированный копинг (или временно помогающий) включает в себя мысли и действия, которые имеют своей целью снизить физическое или психологическое влияние стресса. Эти мысли или действия дают чувство облегчения, однако не направлены на устранение угрожающей ситуации, а просто дают человеку почувствовать себя лучше. Примером эмоционально-ориентированного копинга является: избегание проблемной ситуации,

отрицание ситуации, мысленное или поведенческое дистанцирование, юмор, использование транквилизаторов для того, чтобы расслабиться.

Р. Лазарус и С. Фолкман выделяют восемь основных копинг-стратегий:

Планирование решения проблемы, предполагающее усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к решению проблемы;

Конфронтационный копинг (агрессивные усилия для изменения ситуации, определенная степень враждебности и готовности к риску);

Принятие ответственности (признание своей роли в возникновении проблемы и попытки ее решения);

Самоконтроль (усилия по регулированию своих эмоций и действий);

Положительная переоценка (усилия по поиску достоинств существующего положения дел);

Поиск социальной поддержки (обращение к помощи окружающих);

Дистанцирование (когнитивные усилия отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость);

Бегство-избегание (желание и усилия, направленные к бегству от проблемы).

Копинг-поведение у детей.

Проявление копинг-поведения у взрослых и детей имеет ряд определенных различий. Поведенческие стратегии, используемые взрослыми и детьми, различаются по содержанию. Дети используют чаще эмоциональные способы борьбы со стрессом. При исследовании копинг-поведения у детей анализируется: что делают дети, переживая стрессовую ситуацию, как часто они применяют то или иное действие в период стресса и насколько это помогает.

Дети используют следующие стратегии: «сплю», «ем или пью» основываются на переключении и восстановлении физических сил; «бегаю» «хожу пешком» «гуляю» «катаюсь» помогают преодолеть эмоциональное напряжение через двигательную экспрессию; «борюсь», «дразню», «бью», «ломаю» позволяют отреагировать психоэмоциональное напряжение с помощью физической и вербальной агрессии; «говорю правду, прошу прощения» – успокаивает через исповедь и очищение души; «рисую, пишу, читаю» – своеобразный уход в детскую работу; «плачу, грущу» – эмоциональное отреагирование (10).

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ О СМЕРТИ И ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ПРОЦЕССУ УМИРАНИЯ В РАЗНОМ ВОЗРАСТЕ

Без знаний об отношении детей разного возраста к смерти невозможно оказать помощь тяжело или неизлечимо больному ребенку. Разнообразие реакций детей при соприкосновении со смертью зависит от переживаний окружающих, их выражения, от религиозности и культурных особенностей семьи, от уровня развития ребенка и отношения его к умирающему. Зачастую дети, столкнувшиеся со смертью, не выглядят опечаленными. Их грусть может быть интенсивной, однако, проявления ее отличаются от проявлений у взрослых, а потому не всегда замечаются окружающими. Иногда переживания ребенка по поводу смерти обнаруживаются лишь в играх, в рисунках, в содержании страхов, которые не отражая реальность, указывают на то, что волнует ребенка. Умиравший

ребенок часто не может, не способен выразить, вербализовать свой страх смерти, что не должно пониматься, как недостаточность осознания опасности и отсутствие тревоги.

Ребенок – развивающаяся личность. Изучение понимания ребенком явления смерти возможно только в возрастном аспекте.

Младенческий возраст (0–3 года). Младенец живет настоящим. У него нет чувства времени, нет представления о смерти в будущем. В то же время младенец плохо переносит отсутствие матери, так как крайне зависит от нее. На втором году жизни он опасается остаться вне семьи. Судить о переживаниях ребенка этого возраста можно по его поведению. Особенности же последнего зависят от душевного состояния ухаживающих за ним в большей степени, чем от его физического состояния.

Дошкольный возраст (3–6 лет). Простейшие представления о смерти могут возникать между двумя и тремя годами, когда дети становятся способными признавать существование некоторых явлений, связанных со смертью. Многие дошкольники имеют представление о смерти как об отсутствии жизни и деятельности, но часто говорят о ней как о сне, об отъезде, т.е. считают смерть временным явлением, обратимым. В то же время 47% мальчиков и 70% девочек боятся умереть, смерти родителей боятся соответственно 53% и 61%. Смерть знакомого человека, домашнего животного часто интерпретируется как результат их желания, что нередко приводит к появлению у детей этого возраста чувства вины или представления о том, что смерть – наказание за плохие дела. Допуская возможность смерти других, они редко осознают возможность прерывания собственной жизни.

В то же время серьезно больной ребенок может понимать свою собственную близкую кончину, хотя взрослые хотели бы отрицать это. Дети подобно взрослым используют различные формы психологической защиты, чтобы отвергать такую страшную возможность. Редко в этой ситуации они говорят о страхе смерти. Чаще тревога проявляется в их поведении, звучит в темах разговоров.

Несмотря на то, что фатально больной ребенок-дошкольник не имеет такого же представления о смерти, как взрослый, его эмоциональное и физическое состояние должно подвергаться коррекции в течение всего заболевания. Частые и длительные пребывания в больнице у детей обычно связаны со смертельными заболеваниями, нередко провоцируют и усиливают страхи физических повреждений, эмоциональной изоляции и покинутости, столь обычные для этого возраста вообще. В этой связи медицинскому персоналу следует предпринимать все возможное, чтобы избежать неоправданной госпитализации или принять меры для частых посещений родителей в случае пребывания ребенка в больнице. Если же окружающие взрослые не понимают и не замечают фантазий и страхов детей, не пытаются бороться с ними, ребенок страдает от непереносимой глубокой тревоги и душевной боли.

Школьный возраст (6–12). К семи годам уже хорошо сформировано понимание различий между живым и неживым. С семи лет дети начинают понимать возможность смерти в любом возрасте, взрослея, они начинают понимать необратимость смерти. Страх смерти в школьном возрасте отмечается у 55% маль-

чиков и 60% девочек, боязнь за жизнь родителей испытывают соответственно 93% и 95%. Неизлечимо заболев, большинство из детей этого возраста через некоторое время начинают понимать серьезность ситуации, ее необычность. Даже не имея полного представления о смерти, они обнаруживают возрастающую тревогу и озабоченность своей болезнью, перестают участвовать в общих играх, отгораживаются от сверстников, предпочитают общение со старшими. Часть детей начинают испытывать чувство вины, т. к. считают болезнь результатом непослушания, нарушения режима и т. п. Ощущение вины, одиночества и покинутости (несмотря на внимание и сострадание окружающих), понимание тяжести заболевания и страх смерти – являются основными источниками психической травматизации.

Различают несколько вариантов реагирования школьников на близкий фатальный исход заболевания:

1. Вытеснение отчаяния и паники, сохранение ровного, иногда даже приподнятого настроения.

2. Вытеснение страха смерти повышенной заинтересованностью своим заболеванием и лечением, проявляющейся в виде ипохондрических идей.

3. Вытеснение не удается полностью. При этом ребенок уверяет себя и окружающих в несерьезности заболевания и скором излечении, однако близкая кончина, порождая неосознанную тревогу, вызывает его угрюмость, частые вспышки гнева, соматические жалобы.

4. Ребенок осознает неизбежность смерти, угнетен и подавлен этим, иногда враждебен к окружающим, апатичен, отказывается от лечения.

Особенности реагирования детей на тяжелое заболевание и процесс умирания зависят от внутренней картины болезни (ВКБ), во многом формирующейся переживаниями родителей и межличностными отношениями в семье. Часто дети стараются сделать все, чтобы избежать аффективного напряжения у родителей, тем самым снижая угрозу расстроить собственную эмоциональность.

Сложно обмануть детей во всем, что касается их заболевания. Обычно уже через несколько месяцев от начала болезни они многое знают и понимают. Попытки родителей скрыть серьезность ситуации, свое горе, как правило, не удаются, а только вызывают напряженность в отношениях с больными, усугубляют их тревогу и чувство одиночества. Большинство детей не задает вопросов непосредственно о смерти, но не могут не обсуждать свое заболевание и его исход косвенно. Задачей близких ребенка и медицинского персонала является создание таких условий, которые позволили бы ребенку обсуждать все вопросы, которые его мучают. Если же его оставить наедине с ними, острота страхов, чувство отверженности резко возрастут.

Подростковый возраст (13–16 лет). Мышление у подростков во многом не отличается от такового у взрослых. Достаточно развитая способность оперировать абстрактными понятиями позволяет прийти к заключению о возможности собственной смерти. Однако лишь 20% из них понимает смерть как прекращение физической и духовной жизни. Остальные так или иначе отвергают необратимость смертельного исхода, верят в загробную жизнь, переселение душ, в сохранение сознания после смерти и т.п. Это, а также повышенная сенсорная жа-

жда приводят к снижению инстинкта самосохранения, что выражается в игнорировании возможности гибели во время гонок на мотоциклах, при экспериментах на себе с использованием нарушающих сознание веществ, при совершении других опасных для жизни действий. В то же время страх собственной смерти и смерти родителей наблюдается уже у всех подростков: у девочек к 12 годам, у мальчиков к 15.

В течение тяжелого заболевания чувства подростка меняются очень быстро от гнева, печали, вины, стыда, угрюмости до приподнятого настроения. За жалобами следует безразличие, уступчивость или отгороженность.

Переживания умирающего подростка меняются в определенной последовательности. Подросток, узнавший о неизлечимости своего заболевания, настойчиво отвергает возможность неизбежной и близкой смерти, иногда отказывается признавать факт существования смертельной болезни. Эта **начальная стадия** отказа принимать печальную реальность является нормальной конструктивной, если только она не затягивается и не мешает проведению терапии. На **следующей стадии** подросток понимает, что тяжело болен и испытывает гнев. Это – возмущение несправедливостью судьбы, оно может трансформироваться в агрессию по отношению к окружающим. Такая враждебность подростка – нормальное явление и больного не следует упрекать, наказывать за такую реакцию на свою судьбу. По прекращении двух предыдущих нередко наступает **третья стадия**, когда жизненные интересы подростка резко сужаются, и он начинает требовать особого к себе отношения, тех или иных поблажек. Например, за выполнение режима, за согласие на выполнение различных лечебных процедур больной выпрашивает подарки, разрешения отступить от требований медицинского персонала. Это – нормальное явление. Такое поведение помогает подростку смириться с трагической реальностью. После этой длинной череды переживаний наступает **заключительная стадия**, когда смерть уже близка. В эту стадию больной обретает мир и спокойствие, теряет интерес к окружающему, обращается внутрь себя и отдается неизбежному. Подростки, достигшие этой стадии, не должны восприниматься как покорившиеся болезни, но как понявшие неизбежность гибели и подготовившиеся спокойно принять смерть.

Умиравший подросток неизбежно становится печальным, у него может развиться депрессия. Выделяют два варианта депрессии. **Первый тип** – характерен для больных, потерявших часть тела или функций, важных для образа «Я», что может быть следствием хирургического вмешательства или соматического заболевания. **Второй тип** – понимается как преждевременное оплакивание утраты семьи, друзей, самой жизни. Это тяжелое переживание потери собственного будущего – признак начальной стадии принятия собственной смерти (17).

Тяжелобольному подростку нельзя говорить неправду о его болезни. Это подрывает его веру в душевную поддержку и возможность понимания. Нередко он предпочитает доверить свои переживания не родителям, которых не хочет огорчать, а медперсоналу. Иногда родители избегают откровенных разговоров с ребенком относительно серьезности его болезни, подросток подыгрывает им и в то же время дает понять врачу, что ему понятна истинная ситуация. Сочувствие сверстников для больного очень важно, но поддержать его морально они не

могут, т. к. они сами серьезно переживают угрожающую кончину товарища, с которым себя легко идентифицируют. Попытки же ободрить пациента веселыми, остроумными, но неуместными, по мнению больного, замечаниями противоречат печальным обстоятельствам.

Наиболее драматично переживают умирающие подростки ослабление наиболее важных взаимоотношений в их жизни. Те, кто окружает больных, сочувствуя им, в то же время избегают тесного общения с ними. Подросток же нуждается в эмоциональной теплоте. Даже молчаливое присутствие в палате у постели умирающего, дружеское похлопывание его по плечу может оказаться полезным. От психического состояния родителей, их отношения к смерти, к болезни, от их поведения зависит то, как подросток будет чувствовать себя в последние месяцы жизни. В связи с этим необходима семейная психотерапия, которая помогла бы родителям справиться со своим горем, научила правильно вести себя у постели больного.

Сочувствие умирающему медицинского персонала должно сочетаться с осуществлением его потребностей, умением ответить на все возникающие у него в этот трудный момент вопросы, преодолеть возникающее иногда негативное отношение к окружающим, улучшить его эмоциональное состояние. Следует готовить специальный персонал, способный создать наиболее благоприятную атмосферу вокруг умирающего в хосписе, в больнице, дома. Для этой трудной задачи можно привлекать всех, кто связан с трагедией умирания ребенка: врачей, медицинских сестер, санитарок, воспитателей, учителей, священников, друзей и близких больного.

Реакция ребенка на смерть родителя

Для ребенка смерть любого члена семьи – психическая травма, но особенно она глубока, когда из жизни уходит один из родителей. Реакции ребенка, особенности его адаптации к этой трагедии зависят от многих факторов: его возраста, пола родителя, который умер, взаимоотношений его с умершим, обстоятельств, при которых произошла смерть, реакций оставшихся членов семьи и их способности восполнить утрату своим участием. Меньше страдают дети тех родителей, которые были несчастливы в браке.

Особенного внимания заслуживают дети до 5 лет, так как о них взрослые чаще всего думают, как о не имеющих представлений о смерти, а потому неспособных печалиться. Как правило, дети этого возраста уже имеют в своем лексиконе слово «мертвый», употребляли его, сталкиваясь с умершими животными, насекомыми. Не понимая, что значит смерть в отвлеченном виде, они догадываются, что умерший больше не будет живым. Во время непосредственной реакции на смерть ' одного из родителей ребенок пытается понять, может ли подобное случиться с оставшимся родителем или с ним самим. Ребенок имеет право и должен иметь возможность задавать вопросы о семейной трагедии. В противном случае у него могут формироваться неправильные фантазии и представления, влияющие на глубину, стойкость и особенности его переживаний.

Ребенок того же пола, что и умерший родитель, особенно нуждается в поддержке. У него может возникнуть нежелание расти, становиться большим подобно отцу или матери. Родные часто неправильно понимают это как негативную и бесчувственную реакцию. На самом деле эта регрессивная реакция отражает страх взросления и последующего умирания. Взрослые не должны осуждать детей, а тем более наказывать их, если реакции на смерть родителя не соответствуют их ожиданиям. Нужно попытаться понять причины этого несоответствия, увидеть за необычным поведением скрытые страх и тревогу. Только в этом случае близкие помогут ребенку пережить кризис.

Ребенка не следует исключать из траурного процесса, так как он член семьи и эмоционально вовлечен в происшедшее. В то же время надо оберегать ребенка от излишних потрясений. Взрослые должны находить душевные силы для поддержки ребенка. Если же ребенка все же лишают возможности участвовать в проходах родителя, то ему необходимо доступно и откровенно объяснить, что происходит. Попытки предложения в этот период детям развлечений неуместны, так как дезориентируют их. Ребенку легче перенести печаль и горе членов семьи, чем молчание и неправду о происходящем.

У дошкольников и младших школьников острые реакции на смерть родителя часто сглажены и выражаются умеренной печалью. Интенсивные и затяжные реакции, требующие психотерапевтического вмешательства, могут проявиться через несколько недель или даже месяцев. Поведенческие нарушения могут складываться из негативизма, неподчинения режиму, бурных аффектов с агрессивными и разрушительными действиями. Могут появляться преневротические и невротические симптомы: энурез, энкопрез, ночные страхи, фобии, онихофагия, тики и т.п. Психосоматические расстройства проявляются остановками развития, утратой навыков, болями в животе, упорными рвотами, головными болями, астматическими симптомами и многим другим.

У старших школьников и подростков острые реакции на смерть родителя могут быть различными: глубокое снижение настроения, слезы, вспышки гнева, стремление к одиночеству, замкнутость, а иногда и заторможенность чувств. В дальнейшем последствия потери одного из родителей могут проявляться в расстройствах формирования личности, делинквентным и суицидальным поведением, а также невротическими расстройствами. Особенно выражены эти отклонения при потере матери, которая, как правило, оказывает более разрушительное действие на семью, ее эмоциональный климат, чем смерть отца.

Реакция семьи на умирание ребенка

Родители умирающего ребенка переживают тяжелое потрясение. Его потеря воспринимается иначе, чем утрата другого, даже очень близкого человека. Когда умирает ребенок, родители как бы теряют часть самих себя.

Когда врач впервые сообщает отцу и матери о неизлечимости заболевания их ребенка, у них возникают эмоциональные реакции, искажающие понимание любых объяснений, касающихся лечения и прогноза. Педиатру не следует выражать удивления, высказывать суждений о словах и поведении родителей, да-

же если они кажутся ему неверными и несправедливыми. В этой трудной ситуации он должен проявить себя сочувствующим, компетентным профессионалом, способным улучшить эмоциональное состояние семьи. Для этого врачу необходимы знания о возможных реакциях семьи на умирание ребенка.

Чувства, мысли, защитные реакции, возникающие обычно у родителей неизлечимо больных детей, зависят от особенностей личности близких ребенка, от их прошлых переживаний. Удастся проследить некоторые закономерности изменения отношения родителей умирающего ребенка к трагической развязке.

Начальная фаза характеризуется потрясением и отверганием фатального исхода родителями. Часто родители начинают искать других врачей, надеясь получить более оптимистическое заключение о болезни ребенка. Педиатру, курирующему умирающего, следует относиться к этому как к нормальному явлению, способствовать организации консилиума специалистов. Подтверждение прогноза другими врачами снижает напряжение в отношениях между родителями и лечащим педиатром.

Фаза чувства вины перед ребенком сменяет начальную фазу после того, как родители перестают сомневаться в скорой кончине ребенка. Чувство вины может быть направлено на себя (интрапунитивные реакции) и породить депрессию или во вне (экстрапунитивные реакции), проявляясь в виде гнева. Возможно сочетание интра- и экстрапунитивных реакций.

При интрапунитивных реакциях родители постоянно возвращаются в своих воспоминаниях и обсуждениях к событиям жизни ребенка, предшествующих фатальному заболеванию. Они ищут собственные ошибки, которые могли бы объяснить трагическую судьбу ребенка. Неуместные и неловкие вопросы и замечания медицинского персонала могут обострить их переживания. Наиважнейшей задачей педиатра является разуверение родителей в том, что они могли даже невольно способствовать заболеванию ребенка, что они неправильно вели себя после выявления болезни.

При экстрапунитивных реакциях причины переживаемой трагедии родители умирающего видят в неправильном с их точки зрения поведении своего близкого окружения, включая родственников, медицинский персонал. У супругов возможно появление взаимных упреков, наносящих большой вред семье, что сказывается и на состоянии умирающего. Таким образом, трагедия детской смерти может нарушать взаимоотношения между родителями в тот момент, когда они наиболее нужны друг другу. Педиатр должен суметь оценить ситуацию и попытаться улучшить отношения в семье. Нередко родители обрушиваются с гневными упреками на медицинский персонал, лечащий их ребенка и ухаживающий за ним. При этом они всем недовольны и кажется, что их ничем нельзя успокоить. На самом деле это отнюдь не истинное недовольство отношением к ребенку. Врач должен сознавать, что таким образом проявляется горе родителей, их гнев на несправедливую судьбу ребенка. Правильное понимание медицинским персоналом этого облегчает общение с семьей, помогает преодолеть взаимные «обиды».

Заключительная фаза сменяет предыдущую по мере того, как болезнь ребенка подходит к роковому концу, а родители свыкаются с мыслью о неизбеж-

ности скорой кончины. В этот период они, уже не веря в благополучный исход заболевания, часто не могут найти правильного тона общения с ребенком. В этом случае беседы с ним становятся фальшивыми и тягостными. У родителей может появиться естественное желание, чтобы трагическая развязка наступила поскорее. Они боятся этой мысли, гонят ее от себя. Чувство вины при этом обостряется. Больной также испытывает дополнительные мучения, понимая, что причиняет горе родителям, бессознательно или сознательно страшась будущего, ни у кого не находя поддержки. Перед лицом приближающейся смерти происходит разрушение эмоциональных связей между родителями и ребенком, который становится все более независимым от них. В этот период родители могут частично восстанавливать прерванные ранее взаимоотношения внутри и за пределами семьи. Подобное отчуждение может расцениваться некоторыми медицинскими работниками как безразличие родителей к больному и осуждаться. И родители, и медперсонал должны понимать, что описанные чувства представляют собой нормальные и положительные механизмы психологической защиты. Задачами педиатра на этом этапе являются как снижение чувства вины у родителей, так и предотвращение эмоциональной изоляции ребенка, обеспечение ему поддержки. Необходима работа и с медицинским персоналом. В ряде случаев именно медицинские работники должны отчасти восполнить дефицит эмоциональных связей ребенка в то время, когда он особо в них нуждается, а родители не в состоянии сделать это.

Реакция семьи на смерть ребенка

Смерть ребенка вызывает у родителей взрыв интенсивных, разрушительных, почти непереносимых эмоций. Постоянно думая о случившемся, пытаюсь понять причину трагедии, родители сосредотачиваются на некоторых обстоятельствах, приведших к смерти ребенка. Наиболее часто они испытывают при этом глубокую печаль, депрессию, выражающиеся опустошенностью, утратой энергии, появлением крайнего беспокойства, неспособностью концентрировать внимание. Возникают чувства беспомощности и никчемности. Все эти переживания могут сопровождаться анорексией, бессонницей, болями в области сердца, живота, в конечностях, другими психосоматическими расстройствами. Интенсивность переживаний настолько необычна, что нередко они воспринимаются как начинающееся расстройство психики.

Продолжительность и выраженность печали родителей очень переменчивы, зависят от индивидуальных различий родителей, оттого внезапно умер ребенок (несчастный случай, синдром внезапной смерти) или после длительного, тяжелого заболевания.

Обычно острый период оплакивания продолжается от 3-х до 4-х месяцев. Его затягиванию могут способствовать различные напоминания о случившемся, отмечаемые памятные даты. Обострение чувства утраты чаще случаются на первом году после смерти ребенка.

Родители детей, которые умерли внезапно, не имеют времени психологически подготовиться к утрате, что безусловно делает период оплакивания тяже-

лым. Если ребенок был слишком мал и не болел, друзья и родственники могут предполагать, что родителям не потребуется длительного времени для того, чтобы оправиться после потери. Однако, горе родителей младенцев, которые умерли неожиданно, зачастую продолжается дольше, чем в семьях, которые пережили затянувшуюся болезнь ребенка.

Постепенно родители, как правило, все же освобождаются от длительно существующих чувств потери, вины, гнева, депрессии и возвращаются к обычной жизни. Педиатр должен способствовать этому, памятуя, что в неблагоприятных случаях оплакивание умершего ребенка может не прекращаться никогда.

Оказание помощи при перинатальной утрате (цитируется по Добрякову И.В.)

К перинатальным утратам относят гибель плода во время беременности, внематочную беременность, непровольное прерывание беременности на ранних сроках, гибель одного из близнецов при многоплодной беременности, смерть младенца после родов. Помощь при перинатальной утрате направлена на то, что естественное горе несостоявшейся матери не перешло в патологические формы. Формы оказания помощи: информационная помощь, психологическая поддержка, духовная помощь, психологическое консультирование, психотерапия и медикаментозная терапия.

Информационная помощь. Дефицит информации порождает тревогу. Прежде чем выдавать информацию необходимо оценить какие представления о происходящем и возможных перспективах есть у человека, перенесшего утрату. Передавать необходимую информацию лучше в форме искренней беседы, внимательно следя за эмоциональными реакциями человека, перенесшего потерю ребенка. Информация должна быть своевременной, понятной, правдивой и оптимального объема. Первая стадия при переживании перинатальной утраты можно рассматривать, как эмоциональный шок. Для этой стадии характерны самые глубокие реакции горя, а могут быть наоборот реакции, характеризующие своеобразным ощущением притупления эмоций, как будто это происходит не «со мной», «не чувствую глубоких переживаний». Это оцепенение является своеобразной защитной реакцией. На этой стадии основная помощь направлена на осознание и принятие ситуации, понимание ее неотвратимости. Вторая стадия – стадия тоски и горя, длится от 2 недель до 3 месяцев. Характеризуется появлением бурных эмоциональных проявлений, гневом. Поиском виноватого, могут появиться обвинения в адрес близких. Советы, не думать и отвлекаться, только усугубляют это состояние, вызывает еще большие горькие эмоции. Могут появиться идеи самообвинения. Задачей психологической помощи на данном этапе является облегчение переживания душевной боли и снижение и канализирование неконструктивного гнева. Третья стадия – дезориентации и страдания, появляется на 4–5 месяцев и длится до года и более. Приходит осознание реальности утраты, а за ним пустота и бессмысленность существования. Основной задачей психологической помощи является создание нового отношения к утраченному ребенку и принятие мира без него. Следующая стадия –

реорганизации, выхода из кризиса. Наступает на 18-24 месяце. Характеризуется окончательным принятием утраты ребенка. Боль утраты не проходит, но становится терпимой. Печаль возвращается, особенно в памятные даты (рождения ребенка) или при виде счастливых родителей. На этой стадии необходимо помочь человеку найти место в жизни и продолжить жить дальше.

При работе с супругами, потерявшими ребенка, необходимо понимать и доносить до обеих супругов, что горе переживается мужчинами и женщинами различно. Если первые склонны скорее проявлять эмоции, то мужчины скорее подавлять. Хотя от мужчины ждут поддержки, но важно понимать, что он также горюет и переживает.

Психологическая поддержка. Может исходить от близких друзей, коллег и друзей. Необходимо соблюдать некоторые правила в принятии психологической поддержки: не отвергать поддержку и помощь, не терпеть формальные назойливые проявления сочувствия, не сопротивляться, разрешить себе чувствовать боль и потерю, не стесняться своих чувств, заботиться о своей внешности и физическом здоровье, не стесняться обращаться за помощью к профессиональному психологу.

Духовная помощь. Обращение за духовной помощью к священнослужителям вполне естественная для верующих, но для неверующих может помочь. Важно проведение траурных мероприятий: траур — это форма публичных выражений переживаний горя. Траурные мероприятия помогают структурировать и завершить цикл переживания горя.

Психологическое консультирование проводится профессиональным психологом. Это может быть несколько встреч, которые помогают женщине справиться с ситуацией горя. Перинатальный психолог-консультант может дать рекомендации по переживанию женщиной боли утраты. Боль утраты сильна, но полноценное проживание этой боли даст возможность со временем найти ей место в душе (11).

Психологические аспекты медицинской этики и деонтологии. Психологическое вмешательство в лечебный процесс

Общие вопросы медицинской этики и деонтологии

Деонтология в буквальном переводе «наука о должном», о профессиональном поведении специалиста. Она включает понятия о том, какими моральными, интеллектуальными, эстетическими качествами должен обладать медицинский работник; какими должны быть взаимоотношения между медиками, больными и их родственниками.

Медицинская деонтология включает в себя и ряд вопросов права – юридических норм, установленных государством в отношении медицинской деятельности. Таким образом, деонтология медицинских работников – это комплекс их норм поведения, основанный на принципах морали, на знании психологии и соблюдении правовых норм государства.

Уже в древности делались попытки сформулировать основные деонтологические правила и регламентировать деятельность медиков. Наибольшую известность приобрели правила, изложенные в «Клятве Гиппократа».

Важнейшей деонтологической проблемой является обучение и воспитание врача. Приобретение врачебной профессии является ответственным делом. Трудно назвать профессию, которая была бы так ответственна, как профессия врача. Человек доверяет врачу свое здоровье, свою жизнь, здоровье и жизнь своих близких.

О профессиональных качествах врача

Врач должен быть внимателен не только к тому, что касается организма больного, но и его личности, к переживаниям и потребностям больного как человека. Врач имеет перед собой не абстрактную болезнь, а больного человека, реагирующего на болезнь, на врача, на обстоятельства жизни, связанные с его заболеванием. Ни высокие профессиональные знания сами по себе, ни преданность делу лечения не обеспечат конечного успеха врачевания без знания психологии и без умения воздействовать на психику больного. Врач обязан постоянно развивать в себе умение понимать особенности личности больного, его характер, возраст, интеллектуальные качества, поведение, оценивать и прогнозировать возможные реакции больного в процессе его лечения. Врач и любой другой медработник, не понимающий индивидуальных свойств, присущих конкретному пациенту, не могут и иметь к нему человеческого подхода, наносят вред больному.

Важно помнить, что каждая медицинская специальность выдвигает свои дополнительные требования, которые дополняют общемедицинские, на основе которых складываются моральный кодекс врача-специалиста: хирурга, педиатра, невропатолога и т.п.

Молодой человек, решивший посвятить себя врачебной деятельности, должен иметь призвание к медицине. Основными признаками этого являются: 1) стремление оказывать помощь ближнему, 2) способность заботиться о других, 3) уметь поставить интересы страдающего человека выше своих, 4) быть способным к сопереживанию.

Предпосылкой и условием успешного исполнения врачебного долга является наличие у врача определенных личностных качеств. Врач должен обладать способностью устанавливать такой контакт с больным, который бы обеспечил веру в него больного. Он должен владеть профессионально умением психологического воздействия на больного для обеспечения успеха лечения. При этом врач должен быть психически уравновешенным и уметь владеть собой. Недостаточное развитие даже некоторых из указанных свойств и качеств молодого врача могут нанести вред.

Врач должен уметь использовать свои профессиональные знания на практике, постоянно совершенствуя навыки диагностики и лечения конкретных больных. Врачебная профессия требует постоянной работы над собой, самоусовершенствования, тщательного анализа ошибок и удач, пополнение новыми профессиональными знаниями.

Врач обязан уметь хранить врачебную тайну, т. к. больной доверяет ему как человеку, от которого рассчитывает получить помощь. Однако надо иметь в виду и одно существенное ограничение этому. Если сохранение тайны грозит вредом обществу или окружающим людям, то врач не только не может, но и должен нарушить тайну, гарантируя, однако больному возможность анонимного лечения. При этом в каждом конкретном случае врач должен суметь дать и перед больным и перед собственной совестью точный и исчерпывающий ответ, на каком основании он нарушил вверенную ему больным тайну. Врачебная тайна – дело профессионального долга и совести врача.

Важным качеством врача является его высокая социальная активность. Прежде всего она проявляется в сознательном участии в профилактической работе и санитарно-просветительной деятельности. Так, например, качественно налаженная работа в этом направлении врачом-педиатром с родителями, педагогами, детьми является основой успешной медико-педагогической коррекции больных с нервно-психическими расстройствами и психосоматическими реакциями, нарушениями поведения, служит профилактикой искажений развития личности.

Чем шире круг проблем, которые затрагивает врач в своей общественной деятельности, тем больше доверия он обретает у своих пациентов. Особо большое значение это имеет в работе участковых семейных врачей.

Несмотря на то, что до сих пор в медицине много неизвестного остается много нерешенных вопросов, существует много тяжелых и неизлечимых заболеваний, а усилия медицинских работников порой оказываются бесплодными, от врача требуется особая стойкость, глубокая вера в благородную полезность своего труда, оптимизм, умение подчинить личные чувства высокому долгу, служение своим пациентам даже в самых тяжелых и безнадежных случаях. Вместе с тем гуманнейшая из профессий – медицинская предоставляет врачу огромные возможности творческого раскрытия своей личности.

Общие вопросы взаимоотношений медицинских работников, больного и родственников

Медицинский работник и больной вместе решают одну и ту же задачу – выздоровление от болезни. Для этого необходимо: сотрудничество, взаимодействие, доверие. Медицинский работник обязан максимально охранять психику больных от травмирующих влияний в процессе обслуживания его. Необходимым условием этого являются знания в области общения с больными и умение найти путь к созданию нужного контакта с ними. Знания, помимо чтения специальной литературы по вопросам медицинской психологии, медицинскими работниками приобретаются в коллегиальных беседах, обсуждениях проводящихся после работы с больными, наблюдениями за больными в ходе их обследования, лечения, психотерапии, самонаблюдений врачей и сестер над собственными болезнями.

Задача медицинских работников заключается в том, чтобы эти отношения к больным носили психотерапевтический и психопрофилактический характер.

Психотерапевтический эффект зависит: от стадии болезни, этапа лечения, санитарно-гигиенических условий обслуживания больного, от особенностей личности больного, знаний, навыков психотерапевтического воздействия у специалиста.

Современные отношения больного и медицинского работника должны строиться как равноправные, как отношения двух единомышленников, заинтересованных в деле, которое они вместе выполняют. Такая позиция в отношениях будет определять и все конкретные формы общения и поведения как больного, так и медицинских работников. Вместе с тем, известное сближение больных, их родственников и персонала не должны переходить в фамильярные отношения и панибратство, не должны выходить за пределы медицинской компетенции врача и сестры, их следует строить на взаимном уважении.

Врач должен развивать в себе умение говорить и общаться с больным. Больному в меру его культурного развития, в соответствии с особенностями его характера и личности нужно разъяснить смысл и значение диагностических мероприятий и лечения. Делается это очень индивидуально и по усмотрению врача. Нужно помнить, что больных очень часто волнует несовпадение диагнозов, это рождает у них сомнение в правильности врачебных назначений и недоверие. Больных часто пугают назначаемые диагностические и лечебные процедуры. Медицинские работники обязаны своим общением и поведением предотвращать отрицательные реакции больных. Для этого отношение к больному должно быть разумно уступчивым, не потакающим, а тактика врачей и среднего медицинского персонала единой. Необходимо также учитывать и особенности личностей больных, которые могут характеризоваться: чертами повышенной чувствительности и впечатлительности (сензитивности), замкнутостью, необщительностью (интраверсивности), чрезмерной концентрацией внимания на своем заболевании (ипохондричностью), беспокойством и опасениями (тревожностью), чрезмерной открытостью, общительностью (экстраверсивностью).

Основные требования предъявляются к врачу и другим медицинским работникам в отношении их контакта с родственниками больного. Этот вопрос имеет важное психологическое значение. Медицинские работники обязаны учитывать личностные особенности родственников и руководствоваться в своих словах и поступках исходя из пользы этого для больного. Здесь нужна величайшая осмотрительность, чувство такта и большое терпение. Врач вправе сам решать вопрос о необходимости присутствия родственника или родителя во время обследования, руководствуясь пользой для больного, особенно когда дело касается ребенка, но он не имеет права на конфликт с родственниками по причине собственной неумелости и непрофессионального подхода в этих отношениях.

Если ребенок является инвалидом, страдает хроническим соматическим заболеванием или нервно-психическими расстройствами, активное привлечение врачом родственников и родителей и руководство их действиями способствует не только более эффективному лечению болезни, но и успешной реабилитации его личности. Игнорирование родственников, шаблонная декларативность, высокомерие парализует их волю. В результате этого больной может лишиться

необходимой поддержки и помощи со стороны близких ему людей. Может произойти разлад в семье.

Психогенные отрицательные влияния на больного

Одной из главных проблем психологии работы с больными является проблема переживаний больными тревоги и страха. Большинство заболеваний зависят от особенности личности. Страх может носить характер неопределенности, быть не связан с конкретными объектами (протопатический), либо ассоциироваться больным с определенными причинами, иметь содержание (эпикритический). Страх оказывает влияние на общее состояние больного и на его настроение, мысли, поступки. Сильные переживания страха без наличия какого-либо психологического заболевания воздействуют на всю личность, в том числе на умственную деятельность, вызывают у больных более примитивные реакции, поведение свойственное детям. У таких больных снижаются критические, возможности оценки своего состояния, теряется способность к правильному восприятию и осмыслению поведения и отношений к ним со стороны медицинских работников. Страхи у больных могут быть постоянные и проявляться периодически. Чем выше уровень тревоги и больше страха, тем более подвержен больной влиянию слова и ошибкам поведения медицинских работников. У таких больных возникают психогенные заболевания: – ятрогения – связана с воздействием на больного словом, – ятропатия – отрицательные последствия для больного неправильных действий и поведения, а также назначений, нанесших вред больному.

Пагубные влияния среды на больного могут происходить и в результате ошибок воспитания (дидактогении) и исходят чаще от педагогов, воспитателей, родителей, медицинских работников. Это прежде всего относится к педиатрическим проблемам. Обязанность этих работников состоит в том, чтобы любые формы их влияния на ребенка исключали пагубные воздействия на психику и здоровье ребенка.

Могут иметь место и пагубные самовлияния больного (эгогении). Эгогения связана как с уровнем развития личности больного, его самосознания, опытом, знаниями о болезнях, а также с невежеством и недостаточным, неполным, а часто искаженным знанием окружающих больного людей. Невежественное обсуждение с больным вопросов заболевания способствует формированию искаженной внутренней картины болезни у больного и рождают негативные психические переживания и страхи, усугубляя тяжесть его состояния.

Об отношениях врач – дитя – мать

Свои специфические особенности имеют отношения, которые складываются у врача-педиатра с больным ребенком и его родителями. Эти особенности связаны с очень тесными контактами матери и ребенка, их глубокой (симбиотической) взаимозависимостью, которая базируется на инстинкте сохранения рода. Это делает мать недостаточно способной к критическому осмыслению своих чувств, поступков, поведения. Вместе с тем это делает матерей особо чувствительными к болезни своего ребенка и делает ее нередко способной замечать у

него самые начальные признаки заболевания. Поэтому педиатру есть все основания не игнорировать, а критически осмысливать «предчувствия», «опасения» матери. Лечение детей, уход за ними, правильность оценки их поведения, реакций, поступков требует специальных знаний о психофизическом развитии. Надо иметь в виду, что соматическая болезнь вызывает не только физический недуг, но и нарушает душевное состояние, она препятствует и даже может остановить нормальное развитие ребенка. Кроме того даже с уже имеющимися нарушениями развития и нервно-психическими расстройствами нередко искаженно реагируют на соматическое заболевание. Чтобы щадить психику ребенка, важно уметь правильно решить вопрос о госпитализации его, учитывая поведение и настроенность родителей. А при нервно-психических расстройствах врач вообще не имеет права госпитализировать ребенка в психиатрический стационар без согласия на то родителей. Надо иметь в виду, что у длительно болеющих детей с хроническими патологическими процессами возникают отклонения в формировании их личности. Это может сильно влиять на отношения в семье, приводить к непониманию родителями нарушений поведения больного ребенка. Такое непонимание нередко имеет место и со стороны учителей и окружающих ребенка детей. Врач обязан уметь видеть это, разбираться в основных причинах конфликтных ситуаций и принимать меры, ограждающие больного ребенка от психотравмирующих ситуаций. Дети, находящиеся в условиях неправильного воспитания в семье, в школе постоянно рискуют получить нервно-психические расстройства. Задача врача заключается в том, чтобы уметь оценить обстановку, найти правильный путь к разрядке конфликта с активным вовлечением родителей и педагогов. Профилактика психосоматических и нервно-психических расстройств и искажений личностного развития является задачей прежде всего школьного врача.

При помещении больного ребенка в детский стационар необходимо иметь в виду, что даже маленькие дети прислушиваются к разговорам врачей и студентов в палате, а затем родителям или детям рассказывают свои опасения. В подростковом возрасте возможны случаи симуляции и аггравации. Важно выявить и понять причины такого поведения, тогда станет понятным путь преодоления этих реакций.

Необходимо помнить, что многие родители испытывают большие психологические нагрузки и моральные переживания в процессе общения с медицинскими работниками. У них могут возникать искаженное представление о правильности диагностики, лечения, умелости и компетентности врачей и медицинских работников. Все это необходимо учитывать и считаться с существующим положением. Строить свои взаимоотношения с родителями, имея в виду прежде всего пользу для больного ребенка.

Особенно трудными бывают взаимоотношения в пре- и пубертатном периоде развития ребенка. Врач обязан помнить об этом и учитывать личностные особенности этого возраста при врачевании. Здесь необходимо терпение, такт, равноправие отношений, но с учетом эмоциональности и поведения подростка. Врач-педиатр обязан постоянно учиться и уметь управлять отношениями с больным и его родителями в процессе своей профессиональной деятельности.

Для успешного восстановления (реабилитации) больных после перенесения тяжелых заболеваний и их обострений важен социально-психологический аспект организации лечения. Он предполагает организацию терапевтических групп, подбор лидера из числа больных, использование коллективных форм терапевтической работы с больными под руководством медицинских сестер, врачей-психотерапевтов, социальных работников. Правильно организованные коллективные формы реабилитации препятствуют развитию ятро- и эгогении, формируют психотерапевтический климат в палатах и отделении, способствуют быстрейшему выздоровлению больных. В детских учреждениях большая роль принадлежит также воспитателям-педагогам. В условиях длительного вынужденного пребывания детей на лечении с отрывом от родителей совместные усилия врачей, медицинских сестер, педагогов-воспитателей, психологов позволяют более успешно проводить медико-педагогическую работу (коррекцию), раньше выписывать детей в семью. Для детей младших возрастов должен быть обеспечен контакт в лечебном учреждении с матерью, которая активно включается мед. работниками в систему социально-психологической реабилитационной работы медицинского учреждения.

БИОЭТИКА: ПРОБЛЕМЫ, РОЛЬ В МЕДИЦИНЕ

Со второй половины XX века этическими проблемами медицины и биологии занимается биоэтика. Биоэтика – это область медицинской этики, а последняя, как известно, своими корнями уходит еще ко временам Гиппократу. Но биоэтика – это не просто новое название традиционной медицинской этики (деонтологии). Содержание последней ограничивалось прежде всего этикой профессионального поведения врача. Для биоэтики же важны взаимоотношения врача и пациента как равных участников общего диалога «врач-пациент». Это означает, что пациент перестает быть просто объектом манипулирования со стороны врача, что предметом внимания становятся права пациента, его свободное и ответственное решение в отношении своей болезни и своего здоровья, своей жизни и смерти. Более того, биоэтика в широком смысле этого слова вообще выходит за рамки лишь медицинских проблем, отношений врача и больного. Она выступает и как общая нравственно-философская концепция, центральной проблемой которой является осмысление жизни и смерти в целом. Поэтому вопросами биоэтики выступают и отношение к детству и старости человека, отношение к животным, к биоценозам, к биосфере в целом.

Биоэтика возникла как ответ на технологические достижения современной медицины. Новые технологии трансплантации органов, зарождения и поддержания жизни вступили в противоречие, а нередко и в конфликт с традиционными культурными ценностями и ориентациями. Так, например, для христианства или буддизма сердце – это не только важнейший биологический, но и духовный орган человека. И именно с прекращением деятельности сердца и дыхания христианство и буддизм (а до недавнего времени и медицина) связывают смерть.

В наши же дни происходят фундаментальные изменения в понимании смерти, которая связывается с прекращением деятельности головного мозга. Таким

образом, имеет место существенное различие между христианской и буддистской религиями; а также традиционными медицинскими представлениями, с одной стороны, и новыми возможностями, которые существуют благодаря биомедицинской технологии, с другой.

Формирование и развитие биоэтики неразрывно связано с утверждением прав личности, в том числе и прав пациента. Это находит прямое выражение в ряде принципов биоэтики, прежде всего в принципе «информированного согласия». Можно сказать, что биоэтика – это форма защиты прав человека, в том числе его права на здоровье, на жизнь, на ответственное и свободное самоопределение своей жизни.

Одна из центральных и широко обсуждаемых проблем биоэтики – проблема эвтаназии, т. е. проблема права правоспособного пациента превращать лечение, поддерживающее жизнь, или права врача прекращать такое лечение или даже умерщвлять пациента в тех случаях, когда лечение уже не является благом для больного и противоречит его желанию. Для педиатрии особенно актуальна проблема эвтаназии в отношении критически дефективных новорожденных и детей, находящихся в постоянном вегетативном состоянии.

Немало биоэтических проблем, важных и для педиатрии, и для биомедицины в целом, возникает и в связи с предупреждением или прерыванием нежелательной беременности, а также возможностями новых технологий в рождении детей. Философская и медицинская литература по этике аборта касается двух основных вопросов: когда начинается человеческая жизнь и правомерен ли аборт в любой момент беременности, если плод рассматривать как живое существо. Противники аборта, в первую очередь католические теологи, всегда утверждали, что человеческая жизнь начинается с момента зачатия, а посему всякий аборт есть так или иначе убийство. Противники аборта нередко вместо слова «плод» употребляют понятие «нерожденный ребенок». Большинство же современных врачей и философов считают, что человеческий организм не существует до тех пор, пока в нем не развиты основные системы органов, и что плод во время первых недель и месяцев созревания еще не имеет тех качеств, которые дают ему гарантированное право на жизнь. Новые методы зачатия также поднимают свои биоэтические проблемы. Так, оплодотворение в лаборатории, при котором яйцо и сперма соединяются в пробирке и оплодотворенное яйцо затем внедряется в матку, в результате чего появляются так называемые пробирочные дети, ставит новые этические проблемы, главная из которых – право каждого индивидуума решать для себя, иметь ли ребенка и когда.

Целый комплекс важных биоэтических вопросов связан и с трансплантацией (пересадкой) органов. Для того, чтобы произвести пересадку, необходимо, в первую очередь, решить вопрос: когда случилась смерть донора, поскольку живые органы повреждаются, если не получают кислорода более нескольких минут. Трансплантация живых органов должна производиться из тела донора, сохраняющего при помощи искусственных жизнеобеспечивающих систем. Это требование физиологии ставит трудные вопросы о том, где проводить границу между жизнью и смертью. Старое традиционное понимание смерти как потеря способности к дыханию и циркуляции крови в настоящее время, как уже отме-

чалось, требует пересмотра, а в США и Западной Европе уже официально пересмотрено: смертью считается необратимая гибель мозга. Новое понимание смерти важно не только для целей трансплантации органов, но и, как уже отмечалось, для правильного осмысления некоторых проблем эвтаназии, так как позволило бы отказываться от поддержания жизни пациентов с погибшим мозгом, но еще функционирующей сердечной и дыхательной деятельностью. Однако новая концепция смерти при всей, казалось бы, научной ее обоснованности, принимается пока далеко не всеми из-за религиозных, этических или традиционных медицинских соображений. Но дело не только в этом. Хотя по новому определению пациенты с мертвым мозгом считаются мертвыми, другие больные, которые находятся в постоянном беспомыслии, например, в устойчивом вегетативном состоянии, пока продолжают считаться живыми. Один из путей решения этой проблемы – дальнейшее изменение определения смерти путем включения в него тех пациентов, которые пребывают постоянно без сознания. Такое понимание смерти опирается на понятие, «кортикальной смерти», или «смерти верхнего мозга». Концепция, поддерживающая этот пересмотр, такая: тело представляет собой «живые останки» пациента. Тело живет, хотя пациента уже нет. Это вторая ревизия понимания смерти встречает, однако, и определенные возражения. Кортикально мертвый пациент дышит самостоятельно, и многие не могут считать его уже мертвым. Кроме того, в настоящее время не существует диагностической процедуры, которая может определить с удовлетворительной точностью, какие пациенты постоянно бессознательны до тех пор, пока у них не произойдет полная смерть мозга.

ПСИХОТЕРАПИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Под психотерапией понимается комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее – на весь организм, с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде.

Следует отличать психотерапию – применение психических методов воздействия в лечебных целях, от психагогики – применения психических методов воздействия (обычно тех же методов) без связи с функциями лечения: в целях воспитания, профориентации и т.п., но более близких к профилактике. Именно с этими целями психотерапевтические и психологические методы воздействия применяются в спорте, космонавтике, театре, военной службе, разведке и других сферах человеческой деятельности, связанных со значительными техническими, профессиональными и психологическими трудностями. Психотерапия выполняет свою функцию как раз тогда, когда эта профилактика оказалась безуспешной.

Выделение психотерапии как самостоятельной науки произошло в конце XIX — начале XX вв. В своем развитии она трижды меняла основную ориентацию – т.е. направление основного внимания на определенный объем лечебного воздействия или окружающую его среду.

1. Нозоцентрическая ориентация (примерно до первой четверти XX в.) – установка на лечение определенной болезни и только болезни, без учета личности, которая ею болеет, и среды, которая эту личность окружает. Все внимание уделялось исключительно описанию заболеваний – их различным формам, всевозможным мельчайшим симптомам и их комбинациям. Сама же психотерапия носила во многом авторитетный характер. Больному предписывалось полное послушание и зависимость от врача, он был всего лишь объектом для приказов, распоряжений и предписаний, а особенности его личности игнорировались. Именно поэтому в тот период времени часто использовались суггестивные методы лечения.

2. Антропоцентрическая ориентация (с начала и до 50-х гг. XX в.). Установка делалась на индивидуальность, изучение и учет особенностей заболевшей личности. Пациент становился уже не объектом, а субъектом воздействий: учитывались его интеллект, характер, способы реагирования и т. д. Разрабатывались методы исследования личности, а при лечении стали чаще применяться методы разъяснения (рациональная психотерапия), а также основанные на работе самой личности (аутотренинг). Большое внимание стало уделяться подсознанию человека, было установлено истинное место и роль подсознания в психической жизни (психоанализ З. Фрейда и теории его учеников).

3. Социоцентрическая ориентация (начиная с 50-х гг. XX в.) – установка на коррекцию социальных связей индивидуума, направление внимания на межперсональные связи человека, его возможности к адаптации в окружающей среде. Большое значение придается изучению семьи больного, его связей (теории К. Левина, Вольпе, Перлса, Салливена). В психотерапии все большее развитие получают методы групповой и семейной психотерапии, гештальтпсихотерапия и др.

Следует подчеркнуть, что все эти три ориентации не сменяли, а дополняли друг друга и вполне мирно сосуществовали и существуют до сих пор. Сейчас выбор ориентации при обучении психотерапевта зависит от его личных вкусов, склонностей и особенностей личности.

Условия жизни современного человека выдвигают на первый план психопрофилактический аспект применения психотерапевтических методов.

Общая и частная психотерапия

Практическая психотерапия традиционно подразделялась на общую и частную. Под общей психотерапией понимается весь комплекс психических факторов воздействия на больного человека, имеющих целью повышение его сил в борьбе с болезнью. Речь идет о создании специального стационарного или амбулаторного режима, исключающего психическую травматизацию. В основном – это общая атмосфера – мягкая, доброжелательная, успокаивающая, исключающая грубость, волнения, неудобства. Все методы и приемы деонтологии направлены именно на успешное проведение общей психотерапии, она необходима в медицинских учреждениях любого профиля, играя роль вспомогательную, но немаловажную. Общая психотерапия служит во всех лечебных учреждениях важным фоном, на котором повышается действие основных методов лечения – медикаментозных, хирургических, физиотерапевтических и др.

Общие показания и противопоказания к применению психотерапии

Психотерапия применяется очень широко при лечении практически любых соматических и нервно-психических заболеваний. Общая психотерапия практически необходима при санации всех болезней и не имеет противопоказаний. Применение методов частной психотерапии обычно более дифференцировано и зависит от формы заболевания и степени его выраженности. Они применяются при лечении: 1) неврозов (истерии, неврастении, навязчивых состояний, страха) и особенно детских невротических и неврозоподобных расстройств (энурез, тики, логоневрозы, патологические привычки и др.); 2) психопатий – для коррекции патологических черт личности и копирования явлений декомпенсации; 3) эндогенных психозов (шизофрения и МДП) – при их вялом течении без выраженной бредовой и галлюцинаторной симптоматики и очень резких нарушений настроения; 4) эпилепсии без грубых явлений деградации личности; 5) алкоголизме и наркоманиях; 6) экзогенно-органических заболеваниях головного мозга (сосудистых, травматических, инволюционных и др. психических и неврозоподобных заболеваниях экзогенного происхождения); 7) психосоматических заболеваниях (бронхиальной астме, гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и др.); 8) соматических заболеваний, в которых заметно влияние психических факторов при лечении – в детской хирургии, гинекологии, акушерстве и др. (при проведении наркоза, снятии фантомных болей, осложнениях беременности и послеродового периода, для снятия родовых болей, при лечении псориаза, бородавок).

Противопоказания к проведению психотерапии немногочисленны и касаются в основном заболеваний с явлениями деградации или острой психотической симптоматики при различных психических заболеваниях: 1) ядерные и параноидная форма шизофрении с явлениями кататонического ступора, бредом и галлюцинациями, 2) выраженная эндогенная депрессия, 3) деградация личности при эпилепсии и органических поражениях головного мозга, 4) опухоли головного мозга, 5) любые психотические состояния с явлениями нарушенного сознания, 6) тяжелые декомпенсации соматических заболеваний (27).

Поскольку единой общепризнанной теории личности в настоящее время нет, то нет и единой классификации методов лечения болезней этой личности. Есть несколько осей классификации психотерапевтических методик, каждая из которых характеризует эти методы с какой-либо одной стороны.

Одним из главных принципов разделения психотерапевтических методов является их деление на патогенетические и симптоматические. Первые направлены на значительные изменения личности больного, его ценностей (психоанализ З. Фрейда, глубинная психология К. Г. Юнга, гештальтпсихотерапия Ф. Перлса, реконструктивная психотерапия В. Мясищева и др.). Вторая группа методик направлена на устранение отдельных симптомов заболеваний при сохранении личности в неизменном виде (музыкотерапия, психогимнастика, некоторые виды внушения и т.д.).

Другим распространенным принципом классификации является разделение по принципу работы врача с одним пациентом или сразу с целой группой боль-

ных. Так, выделяются индивидуальная рациональная психотерапия, психоанализ, индивидуальная психология Адлера, индивидуальные методы суггестивной терапии (включая все методы самовнушения). В отличие от них существует групповая психотерапия, групповой психоанализ, групповая имаготерапия, психогимнастика и другие методы, которые используют воздействие на пациента не только одного психотерапевта, но и целой группы других людей, в основном таких же больных.

Следующим критерием классификации является характер отношений между врачом и больным. В тех случаях, когда врач является основным, ведущим и направляющим в этой паре, речь идет о директивной («указывающей») психотерапии. Сюда относятся все виды внушения, поведенческой (условнорефлекторной) терапии и пр. Если же отношения между врачом и больным равноправны, речь идет о недирективной психотерапии. В этих случаях врач выступает в роли советчика, слушателя, а больной сам находит решение своих конфликтов (психоанализ, гуманистическая психотерапия К. Роджерса).

Еще одним принципом деления является характер воздействия врача на больного с помощью внушения или убеждения. Внушение (или суггестия) направлено на эмоциональную сферу человека, его подсознание и требует снижения или отсутствия критики к словам психотерапевта. Убеждение – наоборот, основано на мышлении, логике, обращено к сознанию больного и его критическом отношении к высказываниям врача.

Есть ряд других принципов классификации, но следует все время иметь в виду условность всякого разделения. В чисто практических целях принято выделять рациональную (разъясняющую, убеждающую) психотерапию, суггестивную (основанную на внушении), поведенческую или условнорефлекторную терапию и эстетотерапию, основанную на лечебном воздействии искусства и творчества. Каждый из этих методов может применяться как в групповой, так и в индивидуальной форме.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ

Эти особенности вытекают из отличия психики ребенка от психики взрослого человека. Они диалектичны и имеют как отрицательную сторону, способствующую возникновению нервных расстройств, так и позитивную, способствующую в некоторых моментах лучшей адаптации ребенка, чем взрослого, попавшего в аналогичную ситуацию. Основными отличиями детской психики являются:

1. Неосознание ребенком причин своего страдания. Примерно до 9 лет ребенок воспринимает действительность такой, какая она есть, не зная, что она может быть изменена, а поэтому и не оценивая ее. Со стороны это хорошо, т. к. дает возможность ему более правильно оценить окружающую реальность, но с другой – ребенок не пытается изменить положение дел, которое его не устраивает.

2. Зависимость, несамостоятельность ребенка. Окружающая ребенка среда не рассчитана на него. Она рассчитана на среднего взрослого здорового муж-

чину, и ребенку, физически и психически более слабому и беспомощному, выжить без помощи взрослых практически невозможно. Полная зависимость от взрослых делает ребенка беззащитным и бессильным перед ними и вызывает ощущение собственной неполноценности, негативное отношение к себе и часто – к окружающим. Если в процессе взросления ему не удастся преодолеть это состояние и адаптироваться, то у ребенка появляется ощущение изоляции (одиночества) или агрессивные антисоциальные реакции. Продолжительное существование негативных ощущений приводит к появлению патологических черт личности – вплоть до патохарактерологического развития.

3. Неумение общаться с окружающими. Чувство неполноценности, зависимость и отсутствие жизненного опыта приводят к трудностям в общении с окружающими – не хватает элементарного запаса слов, чтобы выразить свои чувства, умения понять другого, правильно и критически оценить сказанное и сделанное как самим, так и другими людьми.

4. Постоянный рост детского организма. Организм ребенка постоянно меняется, его соматические и психологические характеристики находятся в динамическом развитии. Это ведет к неустойчивости психики, усилению ее ранимости – особенно в период т. н. возрастных кризов. Кроме того, на психику ребенка сильное негативное влияние оказывает резидуальная органическая неполноценность ЦНС, которая у детей встречается чаще, чем у взрослых. На этой почве и возникают такие специфические для детского возраста расстройства, как энурез, тики, заикание и другие.

5. Негативное влияние взрослых на детскую психику. Взрослый человек обычно не понимает особенностей детской психологии и подходит к поступкам ребенка со своей моральной и критической оценкой как к равному. Выдвигая свои требования, он редко считается с особенностями характера, вкусами и привычками ребенка, полагая, что лучше знает, что ему нужно.

Неправильное воспитание, запугивание ребенка животными, явлениями природы, врачами, людьми другой национальности и др. усиливает его невротическое состояние. Очень значимо эмоциональное состояние взрослого на эмоциональную реакцию ребенка: часто ребенка пугает не только сам болезненный раздражитель, сколько реакция близкого ему взрослого на этот раздражитель. Постоянное пребывание взрослого в эмоционально взвинченном или подавленном состоянии обязательно рано или поздно передастся ребенку и вызовет у него невротическую реакцию. Примерно 35% детских неврозов являются следствием неправильного воспитания (равнодушия, репрессивное и морализующее, избалованность и т. д.).

6. Компенсаторные возможности детской психики. Психика ребенка очень пластична, его высокая способность к адаптации, пересмотр своих взглядов и привычек дает огромные возможности компенсации и ликвидации (часто спонтанной) различных невротических состояний. Выравнивается моторика, улучшаются функциональные возможности вегетативной нервной системы, и ребенок часто выправляется почти без всякого профессионального вмешательства врачей.

Общие принципы и механизмы детской психотерапии

Начало лечения обычно происходит в тот период, когда и у ребенка, и у его родителей появляется наибольшая необходимость в этом. На первых этапах лечения задачами являются установление контакта с ребенком и создания доверия к врачу и процессу лечения и успокоение больного, уменьшение остроты его личностной реакции на невротическое состояние. Поэтому целесообразно применять методики, успокаивающие, снижающие напряжение – рисунки, спонтанные и направленные игры и др. Одновременно проводятся психогигиенические мероприятия, снимаются перегрузки, организуется окружающая среда, начинается семейная психотерапия.

На следующем этапе задачей является разрешение невротического конфликта, его эмоциональное отреагирование, снятие реакции страха. Применяются методики разъясняющего, обучающего характера, обсуждение проблем и поиск совместного решения. Суггестивные методы в данный период не показаны – ребенок должен сам активно искать выход из своих проблем. Больше того, освобождение ребенка от ответственности за свое лечение может привести его к эмоциональной зависимости от врача, боязни не оправдать его ожиданий, уменьшит активность и веру в свои возможности.

Задачами заключительных занятий является укрепление психофизиологических возможностей ребенка, устранение патологических стереотипов поведения (в том числе и защитного типа), обучение навыкам адаптивного взаимодействия. Здесь хороши игровые, тренинговые, стимулирующие методы лечения.

Конкретный выбор лечебных методик зависит от ситуации возможностей больного на данном этапе и умения 'врача при: менять эти методики. Однако наиболее важно – установить контакт с ребенком. Доброжелательная манера поведения врача, созданная им атмосфера оптимизма, жизнерадостности, не посредственности и доверия более важны для успеха психотерапии, чем применение каких-то особых методик. К сожалению, в установлении контакта часто возникают трудности: у дошкольников этому препятствует страх перед врачом, у подростков – настороженность и недоверие. Легче всего устанавливается контакт с детьми 11–15 лет, когда в наибольшей мере проявляются механизмы внушения и идентификации.

Идентификация с родителями играет во взаимоотношениях врача и больного ребенка большую роль. Используя этот механизм, ребенок переносит на врача свое отношение к родителям (обычно – отношение к родителю того же пола, что и врач). Поэтому уже до вступления в контакт с ребенком врач должен знать все об отношениях в семье и представлять, как воспримет его ребенок. Врач должен помнить, что его авторитет – часто компенсация нереализованного авторитета родителей. Если он начнет злоупотреблять предписаниями и советами – это напомнит ребенку родительскую гиперопеку и в зависимости от его отношений с родителями вызовет либо отрицательную реакцию и утрату контакта, либо эмоциональную зависимость от врача. Вообще дети дорожат доверием врача, и это позволяет им больше доверять себе, своим чувствам и действиям. Доверие врача часто играет положительную роль – ребенок, боясь не оправдать ожиданий психотерапевта, испытывает чувство вины и тревоги, но

под влиянием проводимого лечения он получает возможность отреагировать эти эмоции и приобретает опыт преодоления трудностей в межличностных отношениях. Затем он переносит этот опыт на взаимоотношения с родителями (обратная идентификация) и восстанавливает отношения с ними. Это происходит особенно успешно, когда родители в процессе семейной психотерапии тоже готовы изменить свое отношение к ребенку.

Чрезмерно опекаемые и привязанные к маме или бабушка дети контакт с врачом устанавливают хуже – ему трудно достичь того же авторитета. Особые трудности при идентификации возникают при контакте с детьми, имеющими проблемы в эмоциональном контакте с родителями. В неполной семье (обычно при отсутствии отца) дети отличаются большой эмоциональной нестабильностью, пассивностью, нерешительностью личностной незрелостью, сензитивностью. Часто компенсаторно развивается гиперопека со стороны матери. У мальчиков нет модели поведения, соответствующего его полу, и им трудно общаться с людьми, особенно с девушками. Мужчина-врач здесь может выступить в качестве наставника, лица, заменяющего отца, развить у мальчика ощущение себя как представителя мужского пола. Женщина-врач будет выступать для мальчика как модель для обучения взаимоотношениям с противоположным полом.

У девочки наоборот, отсутствие отца в семье может вызвать негативное отношение ко всему мужскому, в т. ч. и к мужчине-врачу. Зато принятие врача-мужчины и контакт с ним помогает ей обучиться взаимоотношениям с молодыми людьми. Не меньше трудностей возникает и у женщины-врача в общении с девочкой, когда у той имеется т. н. «комплекс Электры» (подсознательное негативное отношение к матери и всем, идентифицирующимся с ней). В этом случае контакт устанавливается очень плохо.

Особенности применения отдельных психотерапевтических методик у детей

1. Особенности рациональной психотерапии.

Рациональные компоненты детской психики слабы, поэтому логическое разъяснение причин и механизмов невротического заболевания возможна только начиная с детского возраста. У подростков уже достаточно развиты для этого абстрактное мышление и нравственно-этические категории. У младших детей нет необходимой установки на лечение, а бывает даже, наоборот, страх перед ним.

Детям больше подходят недирективные формы психотерапии, поэтому желательно минимальное использование запретов, приказов и упреков. Все назидательные советы и рекомендации лучше преподносить в игровой форме. При работе с маленькими детьми рекомендуется использовать вспомогательный связующий материал – игрушки. Дети могут раскрыть свои переживания либо отвечая игрушке, либо отвечая за игрушку (в последнем случае они отщепляют свои переживания и воспринимают их как чужие, которые можно раскрыть другим).

Обсуждение проблемы подростков должно всегда проводиться в отсутствие их родителей. При лечении подростков важно знать много из того, что обычно

их интересует (джаз, автомобили, спорт) – это помогает завоевать у них доверие и авторитет, без которых контакт с подростками невозможен. Также целесообразно не проводить первичный соматический и неврологический осмотр подростка при его первом посещении врача, лучше отложить это на более позднее время, когда контакт будет уже крепче.

2. Особенности суггестивной терапии.

У детей внушаемость лучше, чем у взрослых, а гипнабельность хуже. Поэтому неплохие результаты дает внушение в бодрствующем состоянии, проведенное в более мягкой, чем у взрослого форме. Гипнотерапия может встретить значительные трудности – дети вообще часто боятся лежать с закрытыми глазами в незнакомом месте. С гипнозом нельзя торопиться, а нужно применять лишь после достижения полного контакта с врачом и доверия к этому методу. Формулы внушения должны быть очень простыми и строиться с учетом возраста и уровня интеллектуального развития ребенка. Применения императивных формул лучше стараться избегать, особенно на первых сеансах. Императивность внушения нужно наращивать постепенно и только после того как появятся первые признаки улучшения состояния. Лучше всего подвержены гипнотерапии, дети 9-13 лет. Гипнотерапия психосоматических заболеваний у детей чаще бывает более эффективной, чем у взрослых.

Другие методы суггестии у детей применяются редко из-за их неэффективности. Так, аутотренинг используется лишь при лечении подростков (в основном – при заикании) и только при их явном интересе к этому методу.

3. Особенности семейной психотерапии.

Тактика психотерапии должна обязательно согласовываться с родителями ребенка, обеспечивая помощь с их стороны. Родители должны осознать причины психического заболевания ребенка, какие бы неприятные эмоции это осознание не несло. В процессе психотерапии работа должна идти и с детьми и с родителями как индивидуально, так и в ходе совместных бесед. Во время лечения навыки адекватного межличностного общения должны приобретать не только дети, но и их взрослое окружение. Врач всегда должен помнить, что родители с одной стороны, часто готовы возложить на него всю ответственность за лечение их ребенка. С другой стороны, они могут весьма ревниво воспринимать его успех в контакте с ребенком и осознанно или чаще бессознательно ставить препятствия в его лечении и провоцировать ухудшение состояния.

Рекомендации психотерапевтического поведения для любого врача, работающего с детьми

1. Желательно (если это позволяют условия работы) вести прием в обычной одежде. Это снимает рефлекторное напряжение, связанное с белым халатом, которое вырабатывается у ребенка в результате прежних встреч с врачами и перенесенных болезненных медицинских процедур.

2. В поведении с ребенком проявлять как можно больше искренности и индивидуальности, чтобы он воспринимал вас просто как человека, а не олицетворение неприятной специальности.

3. Не стоит сидеть за столом, отделяющим врача от больного ребенка. Лучше выйти к нему и постараться поиграть с ним, используя имеющиеся в кабинете игрушки. Ваша позиция в игре должна быть позицией партнера.

4. Вы должны убедить ребенка поверить в возможность излечения любого имеющегося у него заболевания.

5. Исходить из чувств и желаний ребенка больше, чем из своих жизненных представлений, умерить решение проблем лечения авторитарно, с позиции взрослого. Врач, который не может вспомнить свой прошлый детский опыт, не может чувствовать и переживать, думать по-детски – не должен работать с детьми.

6. Не нужно торопиться с высказыванием советов, требований, рекомендаций, пока не узнали, что представляет из себя ребенок, на что он способен. Но и потом все советы и рекомендации лучше подавать мягко, ненавязчиво и очень спокойно, как бы советуясь с ребенком.

Организация психотерапевтической помощи

Организация единой психотерапевтической службы города, района, области и т. д. отражает основные принципы оказания психиатрической помощи населению: 1) ступенчатость – т. е. единая система больничной и амбулаторной помощи, состоящая из звеньев разных уровней, 2) дифференцированность – специализация помощи разным контингентам больных, 3) преемственность – обеспечение тесной функциональной связи между учреждениями, оказывающими психотерапевтическую помощь.

Основой психотерапевтической службы является психотерапевтический кабинет. Имеется 4 вида кабинетов:

1. Психотерапевтический кабинет в общесоматической поликлинике. В нем принимаются больные, направленные невропатологами, терапевтами, урологами и др. специалистами данной поликлиники и других аналогичных учреждений района или города, которые не имеют своих психотерапевтов. Работа в таком кабинете требует от врача специальных знаний психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, владения психотерапевтическими методами лечения.

2. Психотерапевтический кабинет в амбулаторных медучреждениях различных профилей (гинекологические консультации, педиатрические учреждения, кожно-венерологические и онкологические диспансеры и др.). В этих кабинетах содержание психотерапии и выбор рабочих методик зависит от специфики лечебного учреждения. Психотерапевты здесь формируются обычно из врачей тех специальностей, которые определяют характер учреждения.

3. Психотерапевтические кабинеты в психоневрологических диспансерах. Это кабинеты закрытого типа – они обслуживают только больных диспансера, нуждающихся в психотерапевтической помощи, или направленных психиатрами районных психиатрических кабинетов. Врачи этих кабинетов по своей первичной подготовке, непременно должны быть психиатрами, имеющими специальные знания и клинический опыт. Здесь лечатся больные с неврозами, реактивными состояниями (без психотических проявлений), психопатиями, а также

неврозоподобными и психопатоподобными состояниями при эндогенных и экзогенно-органических психозах. При отсутствии в городе или районе развернутой наркологической службы здесь же оказывается помощь больным алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.

4. Психотерапевтические кабинеты общих и специализированных санаториях. Психотерапия в них проводится в зависимости от профиля санатория и сочетается с физиотерапией, лечебной физкультурой, а также климато-бальнеогелио- и талласотерапией.

Элементарные принципы психотерапии в практике любого врача

Работа врача любой специальности включает в себя, кроме профессиональных, и психотерапевтические моменты. Правильно и к месту примененные элементы психотерапии помогают добиться значительно лучших результатов лечения всех без исключения заболеваний и повышают авторитет врача в глазах больных. Всем врачам, особенно молодым, рекомендуется в своей работе использовать следующие принципы психотерапии:

1. Не переубеждать больного в том, что у него нет или не может быть тех симптомов, на которые он жалуется. Постарайтесь понятно и ободряюще объяснить ему, что большинство болезненных проявлений носит преходящий, функциональный характер, а не органический, даже если это проявление протекает очень сильно и быстро. Приведите понятные примеры из жизни, когда эмоциональные состояния приводят к сильным физиологическим реакциям (проявление страха тошнотой, поносом, головными болями, тахикардией и др.).

2. Внушите пациенту веру в преходящий характер его заболевания, в то, что он обязательно поправится, но только должен пока проявить решимость, терпение, умение ждать результата лечения.

3. Во время беседы приводите часто, но в меру, примеры пациентов с аналогичным заболеванием, которых вам удалось благополучно вылечить.

4. Подводите больного к решению серьезных вопросов так, чтобы он считал, что это решение он нашел самостоятельно, а вы только подавали ему советы.

5. Привлекайте по возможности к лечению и решению проблем больного членов его семьи, родственников, сотрудников, а если нужно – и общественные организации и административные органы (если это не противоречит интересам больного и сохранению врачебной тайны).

Список литературы

1. Bretherton I. Fritz J., Zahn-Waxler C., Ridgeway D. Learning to Talk about Emotions: A Functionalist Perspective // Child Development. – 1986. – V. 57. – No 3. – P. 529–548.
2. Общая психопатология детского возраста. Учебно-методическое пособие (под ред. Б.Е. Микиртумова и Б. Г. Фролова), Л., 1988.
3. Аверин В.А. Психология личности. СПб., 1999.
4. Аверин В.А. Психология детей и подростков, СПб., 1999.
5. Баженова О.В. Диагностика развития детей первого года жизни. М.: Изд. МГУ, 1986. – 123 с.
6. Блейхер В. М., Крук И. В. Психопатологическая диагностика. Киев, 1986.
7. Бодалев А. А. Личность и общение. М., 1978.
8. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1968.
9. Возрастная и педагогическая психология (под ред. Петровского), М., «Просвещение», 1973.
10. Грановская Р. М. Элементы практической психологии. ЛГУ, 1988.
11. Грановская Р. М. Элементы практической психологии. М., 1988.
12. Гречаный С.В. Психопатологическая диагностика в раннем детском возрасте. Учебное пособие для последиplomного образования, СПб, 2017. 105 с.
13. Гарбузов В.И. Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение. СПб., 1977.
14. Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э.Г. Эйдемиллеа. – СПб: Питер, 2005. – 1120 с.
15. Добряков И.В., Фаерберг Л.М. «Оказание помощи семьям при перинатальных утратах», СПб, Медиаглобус, 2016. – 40 с.
16. Захаров А. И. Как предупредить отклонение в поведении ребенка. М., 1986.
17. Исаев Д.И. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб, 2005.
18. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. СПб., 2004.
19. Кон И. С. Психология ранней юности. М., 1989.
20. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1974.
21. Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев, 1981.
22. Лично А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983.
23. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 480 с.
24. Микиртумов Б.Е., Поздняк В.В. Методы изучения психологических защитных механизмов при подростковой беременности. В сборнике: Современные проблемы детской и подростковой гинекологии в России, 2003. С. 158–160.
25. Мухина В. С. Сенсорное развитие дошкольника / Детская психология: Учебное пособие для студентов педагогических институтов / Под ред. Л. А. Венгер. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.: Просвещение, 1985. – 456 с.
26. Особенности развития внимания у детей дошкольного возраста // Материал сайта <http://www.family-tale.ru/razvitiye-vnimaniya/osobennosti-razvitiya-vnimaniya/>
27. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. – М.: Просвещение, 1994. – С. 27.
28. Практикум по патопсихологии (ред. Зейгарник Б. В.). М., 1987.
29. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов/ Под ред. Л.И. Вассермана. – СПб.: НИИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 48 с.
30. Психология. Учебник для гуманитарных вузов / Под общей редакцией В. Н. Дружинина. – СПб.: Питер, 2001. – С.12.– 656с. – (Серия «Учебник нового века»).
31. Словарь-справочник по педагогической психологии. М.В. Гамезо, А.В. Степаносова, Л.М. Хализева. 2001.
32. Урунтаева Г. А. Дошкольная психология: Учебное пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – 5-е изд., стереотип. - М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 336 с.
33. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. М., 1973.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ. ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.	3
ПЕРИОДИЗАЦИЯ РАЗВИТИЯ, ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИКИ	4
Возрастные особенности психического развития	6
Медицинские аспекты психологии личности.	19
Основные концепции личности.	19
Личность, темперамент, характер.....	23
Возрастные аспекты развития личности.....	24
Методы исследования личности.....	26
Медико-психологические аспекты отклоняющегося поведения у детей и подростков.....	29
Акцентуации характера	30
Медико-психологические аспекты семейного воспитания.	32
Психология болезни и лечебного процесса.	36
ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ (ВКБ)	36
МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ	40
КОПИНГ-СТРАТЕГИИ.	42
ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ О СМЕРТИ И ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ПРОЦЕССУ УМИРАНИЯ В РАЗНОМ ВОЗРАСТЕ	43
Реакция ребенка на смерть родителя	47
Реакция семьи на умирание ребенка.....	48
Реакция семьи на смерть ребенка	50
Оказание помощи при перинатальной утрате.....	51
Психологические аспекты медицинской этики и деонтологии. Психологическое вмешательство в лечебный процесс.	52
Общие вопросы медицинской этики и деонтологии.	52
Список литературы.	70

Учебное издание

**Поздняк Вера Владимировна, Гречаный Северин Вячеславович,
Ильичев Алексей Борисович**

Медицинская психология в курсе психиатрии

Учебное пособие

Подписано в печать 17.04.2018 г. Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Объем 4,5 печ. л. Тираж 100 экз. Заказ № 30.

Отпечатано в ЦМТ СПбГПМУ

ISBN 978-5-907065-21-5