

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	7
Об авторе	8
Введение	10

РАЗДЕЛ I. ЗНАЧИМЫЕ ДЛЯ ДАННОГО УЧЕБНОГО ПОСОБИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОНЯТИЯ

Глава 1. Система явлений, которые изучает психология	15
1.1. Отрасли психологии и психологические специальности.	16
Глава 2. Психика человека	20
2.1. Представления о психике	20
2.2. Интеллект.	26
2.3. Психология эмоций	32
2.4. Воля.	48
2.5. Самосознание	49
2.6. Бессознательное	58
2.7. Психологические школы о структуре психики	59
Глава 3. Психология личности.	61
3.1. Зарождение понятия «Личность»	61
3.2. Общие психологические представления о личности	63
Глава 4. Психология деятельности индивида	75
4.1. Структура деятельности, уже ранее изученная	75
4.2. Личность — субъект деятельности	77
4.3. Деятельностный подход к изучению психики субъекта деятельности	78
4.4. Управление своей деятельностью	83
Глава 5. Психология общения	88
5.1. Что такое общение	88
5.2. Стороны структуры общения	91
5.3. Деятельностный подход к общению	95
5.4. Диалог	97
5.5. Возможные ошибки в понимании своего поведения в процессе общения.	99
5.6. Влияние общения на специфику взаимодействия его партнеров.	105
5.7. Общение в группе	111
5.8. Исследования общения	116
5.9. Обучение студентов общению	123

Глава 6. Современное определение здоровья	127
6.1. Состояние физического благополучия	130
6.2. Состояние психического благополучия	132
6.3. Состояние социального благополучия	134
6.4. Состояние духовного благополучия	135
6.5. Взаимосвязь состояний благополучия (холистический подход к здоровью человека)	139
6.6. Взаимосвязь физического и психического благополучия	140
6.7. Взаимосвязь физического, психического и социального благополучия	141
6.8. Взаимосвязь физического, психического, социального благополучия с духовным благополучием	142
6.9. Здоровая личность	144
6.10. Общественное здоровье	148
Глава 7. Оказание помощи в поддержании здоровья	152
7.1. Поддержание физического здоровья	152
7.2. Преподавание общения в вузе (поддержание здоровья у субъектов учебно-воспитательного процесса и у будущих специалистов)	173
7.3. Психология здоровья как одно из ведущих направлений клинической психологии	176
 РАЗДЕЛ II. ПСИХОЛОГИЯ ОБЩЕНИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПОМОГАЮЩЕЙ ПРОФЕССИИ С КЛИЕНТОМ	
Глава 8. Личность участников лечебно-диагностического процесса	181
Глава 9. Образ жизни	186
9.1. Образ жизни	186
9.2. Здоровый образ жизни	187
Глава 10. Саногенное поведение	190
Глава 11. Саногенное и патогенное мышление	196
Глава 12. Управление здоровьем	199
Глава 13. Исследования факторов, влияющих на индивидуальное здоровье	204
13.1. Научные исследования	204
13.2. Факторы, влияющие на индивидуальное здоровье человека	207
Глава 14. Особенности общения профессионалов, оказывающих помощь здоровью пациентов	209

Глава 15. Саногенное общение	215
Глава 16. Общение с пациентом врача, психолога, сотрудника медицинского учреждения.	220
16.1. Общение врача с пациентом	220
16.2. Общение психолога с пациентом	233
16.3. Общение общее для всех, работающих с пациентами	241
Глава 17. Общение представителей помогающей профессии с клиентами	245
17.1. Общение представителей помогающей профессии с клиентами при лечении	245
17.2. Общение представителей помогающей профессии с клиентами при их обучении	247
17.3. Ролевое и межличностное общение с пациентом	264
17.4. Создание условий для позитивных переживаний пациента ...	266
17.5. Эмоциональная поддержка, влияющая на настроение пациента	271
Глава 18. Общение с пациентом в стационаре и вне его	274
18.1. Профилактическая работа	274
18.2. Лечебная работа	278
18.3. Амбулаторная работа	278
18.4. Работа в стационаре	279
18.5. Реабилитационная работа	283
Глава 19. Общение с родственниками пациента	287
Глава 20. Изучение деятельности общения разных медицинских работников (и из разных стран) с пациентами.	291
Глава 21. Общение с партнерами по работе (и иностранный опыт работы с коллегами)	307
Заключение.	314
Приложения	317
Приложение I. Терминологический словарь	317
Приложение II. Учебно-методические материалы к практическим занятиям	395
Приложение III. Вопросы для самоконтроля	405
Тестовые задания для проверки усвоения основных понятий темы «Психика»	405
Тестовые задания для проверки усвоения основных понятий темы «Деятельность»	406

Тестовые задания для проверки усвоения основных понятий темы «Личность»	408
Тестовые задания для проверки усвоения основных понятий темы «Эмоциональные процессы»	410
Тестовые задания для проверки усвоения основных понятий темы «Общение»	410
Тестовые задания для проверки усвоения основных понятий темы «Психология научения»	412
Контрольные вопросы	413
Приложение IV. Рекомендуемая литература	429
Приложение V. Виды публикаций профессора Н.Д. Твороговой и оценки ее профессиональной деятельности	435
Предметный указатель	443

ВВЕДЕНИЕ

Профессиональная жизнь, как эстафета, — одно поколение опирается на другое, извлекает из предшествующей жизни уроки. Уважение предков заложено во всех великих культурах (для живущих это важно).

Профессиональная деятельность врачей традиционно направлена на борьбу с болезнями и выявление причин их возникновения. В настоящее время, после подготовки профессиональных психологов (первая подготовка в СССР велась с 1966 по 1971 г. в университетах Москвы и Ленинграда), врачи стали активно сотрудничать с профессиональными психологами (медицинскими) в деле диагностики и лечения заболеваний (хотя в Московском государственном университете уже давно профессиональные врачи были активны в изучении и исследовании психологии, в 1966 г. в качестве преподавателей начали готовить профессиональных психологов).

В культуре все более утверждается санцентристский подход, в соответствии с которым в центре внимания находится не только борьба с недостатками, но и выращивание успеха. Этот взгляд в медицине выражен в идее выращивания здоровья в современном его понимании. При этом никто не отвергает значимости идеи борьбы с болезнями, в Федеральном законе № 323-ФЗ записано: *«Здоровье — состояние физического, психического и социального благополучия, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма»*.

В РФ в 2004 г. в рамках московского отделения Российского психологического общества создана секция «Психология здоровья» (председатель секции — д-р психологических наук, проф. Н.Д. Творогова). «Психология здоровья» стала рассматриваться как раздел *клинической психологии*, изучающий психологическую составляющую индивидуального здоровья, психологические аспекты общественного здоровья. В Сеченовском Университете в 2010 г. начата подготовка клинических психологов. Лекции по психологии здоровья студентам III курса этого отделения стала читать руководитель отделения «Клиническая психология» Н.Д. Творогова. Проф. Н.Д. Творогова записала в 2019 г. в специально созданной в университете лаборатории три визуальные лекции по психологии здоровья для дистанционного обучения широкого круга учащихся.

В вузах при подготовке клинических психологов (и в отделении «Клиническая психология» Сеченовского Университета на II курсе) *преподают учебные дисциплины «Общение психолога с клиентом» и «Эффективные коммуникации»*. При преподавании студентам II и III курсов учебной дисциплины «Социальная психология» предусмотрены три занятия по теме

«Психология общения». Для желающих преподают учебную дисциплину «Эффективные коммуникации».

На повестке дня издание подготовленного проф. Н.Д. Твороговой учебного пособия «Психологические аспекты общения представителя помогающей профессии с клиентом». *Автор лекционных материалов учебной дисциплины и этого учебного пособия — Творогова Надежда Дмитриевна, д-р психол. наук (26 лет заведовала кафедрой педагогики и медицинской психологии, 10 лет руководила отделением «Клиническая психология» ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова).*

Глава 18

ОБЩЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ В СТАЦИОНАРЕ И ВНЕ ЕГО

18.1. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Медицинские работники работают и в среде здоровых людей, участвуя в программах ОЗ по формированию у тех или иных групп населения навыков ЗОЖ.

Во всем мире распространена *профилактическая работа*, которую ВОЗ считает одной из важнейших задач медицины. В этой работе есть и свои психологические издержки, например, возможно возникновение группового ятрогенного невроза: появление у людей канцерофобии, туберкулезобии и других фобий после санитарно-просветительных лекций, телепередач и пр.

1. *Особенности личности медицинского работника*, его тон сообщения, искренний контакт со слушателями будут влиять на результаты восприятия его населением.

Специалист может помочь рассеять возбуждающие ипохондрию фантазии, страхи, неправильное понимание сообщения, напряженность. Искоренение суеверий, предвзятых взглядов на заболевания, стереотипов мышления, мешающих перейти к ЗОЖ, поддержание в обществе надежды, позитивного взгляда на жизнь, создание моды на поведение, способствующее здоровью, — благородные задачи в профессиональной деятельности медицинских работников.

2. **Телефон доверия** — форма психопрофилактической работы, социально-терапевтической помощи, адресованной лицам, находящимся в кризисных состояниях. В 1953 г. в Лондоне возникла первая такая линия — линия доверия. Впоследствии похожие станции были созданы во многих западных странах, а затем в США, Польше, Чехословакии, России. Эти службы обеспечивают лицам, находящимся в кризисной ситуации, немедленную связь по телефону с сочувствующим анонимным слушателем, владеющим особой техникой работы с пациентом по телефону.

Качества, необходимые персоналу, работающему на психотерапевтических телефонных линиях, линии помощи: активность в поддержании веры в смысл жизни, умение авторитетным воздействием снять состояние напряжения у абонента. Конструктивность — способность в соответствии с характером затруднений абонента и в случае необходимости привлечь к телефонному лечению других работников, обеспечить дальнейшую помощь. Общение по телефону доверия требует от персонала жизненной определенности, точности, знаний, опыта, а также особых голосовых интонаций, понимающего подхода, сочувствия.

Первоначально службы телефонной помощи организовывались как центры по предупреждению суицидов. Позже телефон доверия стал выполнять растущее количество кризисных услуг, его используют люди, переживающие любой вид эмоционального кризиса: проблемы, связанные с семейной жизнью, адаптацией к новым условиям, беременностью, абортами, школьными конфликтами и т.д. Беседу ведут недирективно, консультант и абонент сообща обсуждают проблему, ведут ее анализ, ищут решения. Однако психотерапевт не дает прямых советов, что должен делать абонент. Важными преимуществами телефонной помощи были ее быстрая досягаемость в ночное и дневное время (работала круглосуточно) и ее максимальная анонимность.

Однако существовали и известные неудобства, и подводные камни телефонной службы: помехи и шум, возникающие от неисправности аппарата, могут нарушить или затруднить действие слов консультанта. Психотерапевт лишен такой важной стороны информации, идущей от пациента, как невербальная, что значительно затрудняет его работу. Возможность в любую минуту прервать разговор (являющаяся преимуществом для абонента) усложняет работу консультанта. Так, молчание пациента, которое имеет свое значение при беседе с глазу на глаз, может быть воспринято консультантом как незаинтересованность в беседе при телефонном разговоре, поэтому может стать причиной его окончания. Это предъявляет повышенные требования и к технической оснащенности станций телефона доверия, и к квалификации ее работников.

3. Школы здоровья — школы (клубы) для лиц с факторами риска. Это организованная форма обучения целевых групп населения (например, лиц с факторами риска и членов их семей и др.) по приоритетным для данной группы проблемам укрепления и сохранения здоровья.

Школы предполагают наличие унифицированных программ подготовки преподавателей и обучаемых, соответствующего информационного и методического обеспечения.

Психологи организуют в целях профилактики для поддержания (достижения) здоровыми людьми, например, социального благополучия тренин-

ги общения, на которых осуществляют не только формирование моделей общения в новых для клиентов сферах жизни, но и осуществляют переобучение, модифицируя в процессе обычно групповых занятий неэффективные привычные для них способы, приемы общения. Такие *тренинги* направлены на развитие *коммуникативной компетентности*, предполагающей приобретение новых знаний, умений и опыта, а также коррекцию, изменение уже сложившихся их форм (Петровская Л.А., 1989).

4. Пропаганда ЗОЖ.

Современные PR отделены от рекламы (это разные виды профессиональной деятельности, каждая решает свои задачи). Концепция роли PR (Айви Ли): никаких секретов, обязательность предоставления правдивой информации, учет интересов общественности. Основной способ исправить заблуждения и недопонимание общественности — использование информации (одностороннее сообщение) и политики открытых дверей, что обеспечивает коммуникацию (сообщение, на которое поступает ответ, — сообщение с обратной связью), предполагает диалог. PR могут быть не только средством защиты, но и мощным инструментом формирования убеждений общественности. Основная задача PR — *помочь человеку в ситуации разнонаправленных на него социальных воздействий* остаться индивидуумом, который знает и понимает свою жизненную среду, может найти в ней место и интегрироваться в ней (Буари Ф.А., 2001).

PR-технологии в контексте *программ поддержания общественного здоровья* призваны подготавливать сознание населения к выращиванию своего здоровья, фокусировке сознания на ресурсах здоровья (не стоит только чрезмерно пугать население различными формами проявления нездоровья). PR могут быть мощным инструментом формирования убеждений, доминирующих в обществе и касающихся СП в контексте ЗОЖ (Кулешов Д.В., 2016).

Для обеспечения общественного здоровья ОЗ решает ряд своих задач с помощью PR-специалистов, проводит и рекламные кампании, участвует в разработке социальной рекламы.

Обязанности PR-специалиста, получившего заказ в рамках ОЗ: поддержка связи с правительственными чиновниками, проведение специальных акций (выставок, приемов, презентаций), проведение мероприятий для журналистов (например, пресс-ланч), проведение promotion-акций (лотереи, конкурсы и пр.), спонсорских акций, контроль за рекламой и рекламными материалами (например, за тем, как аудитория реагирует на ту или иную рекламу), подключение к программе лидеров общественности и пр.

В контексте деятельности ОЗ, программ поддержания общественного здоровья пропаганда СП должна учитывать тот факт, что у простых людей

не существует глобального имиджа здоровья: у разных групп людей, у отдельных индивидов есть многочисленные представления о здоровье и свое отношение к нему.

Клинические психологи совместно с другими специалистами в сфере общественного здоровья участвуют в PR-акциях (например, программа «Профессия и дистресс»), изучают запросы населения в сфере здоровья, проводят мониторинг уровня психического благополучия разных групп населения. Для клинических психологов PR-специалисты, PR-агентства — тот инструмент, с помощью которого идеи здоровья, психического благополучия, модели поведения, направленного на здоровье, модели позитивного мышления продвигают на рынок потребительских услуг населения. Важнейшие задачи:

- ▶ установление взаимопонимания и сотрудничества между двумя категориями целевых аудиторий (внутренней и внешней), доведение информации до определенных людей или группы лиц;
- ▶ получение поддержки ключевой аудитории (например, журналисты непосредственно не влияют на здоровье населения, но от их работы зависит эффективность работы клинического психолога с той или иной группой населения) и лидеров общественности (культовых лиц, чье мнение важно для определенного социального слоя);
- ▶ формирование имиджа лечебно-профилактического учреждения;
- ▶ оповещение широких масс людей или целенаправленное воздействие на определенных лиц, помощь людям в поиске необходимых им услуг, связанных со здоровьем;
- ▶ изучение географии распространения информации;
- ▶ расширение рынков сбыта услуг (например, профилактических), товаров (например, эффективных лекарственных препаратов).

Услугами PR пользуются известные психологи, фармацевтические, лечебно-профилактические учреждения, организации, функционирующие в сфере ОЗ, которые все больше начинают находиться в фокусе внимания системы медицинской информации, общественности.

5. Эмпирическое исследование.

В программах по профилактике заболеваний наряду с диагностикой образов внутренней картины болезни (образ-негатив по Д.А. Ошанину) в последние годы начинает использоваться и позитивный образ — ВКЗ (образ-позитив). Эти два образа — две стороны субъективной концептуальной модели здоровья.

Однако традиционно контроль субъектом за своим здоровьем продолжается осуществляться с помощью негативного контроля (контроля, осуществляемого с помощью образа-негатива), что стало предметом нашего специального изучения (Творогова Н.Д., 2016).

Гипотеза нашего эмпирического исследования: у населения, а также у студентов медицинского вуза имеется устойчивый образ здоровья. Были опрошены 50 студентов I курса лечебного факультета и 50 первокурсников технического вуза. Использована методика семантического дифференциала Ч. Осгуда (25-шкальный вариант): стимулы «здоровье», «болезнь», «медицинская норма», «состояние благополучия». Сравнительный анализ результатов шкалирования показал совпадение в обеих группах опрошенных исследуемых характеристик (значимых полюсов в шкалах семантического дифференциала). Для современного понимания здоровья и адекватного его использования в своем поведении опрошенным требуется дополнительная ориентировка в современном понятии «здоровье», пояснения на примерах, понятных опрошенным (вписанных в их субъективные картины мира).

Дальнейшее направление нашего исследования: выявление условий, при которых подструктура образов, связанных с современным пониманием здоровья, становится подструктурой субъективного психологического пространства, на основе которой личность осуществляет регуляцию своего каждодневного поведения, что важно для продвижения ЗОЖ среди нашего населения.

18.2. ЛЕЧЕБНАЯ РАБОТА

Обычно человек при регуляции своего поведения использует собственное понимание ситуаций, которые повлияли на происходящее в его жизни и стали причинами его заболевания. Это его понимание будет влиять на уровень его адаптации к ситуации своей болезни.

В процессе общения медицинский работник так или иначе влияет на картину мира своего пациента, его поведение. Медицинский работник и пациент как личности претерпевают некоторые изменения в процессе такого своего общения.

18.3. АМБУЛАТОРНАЯ РАБОТА

1. Важное место занимает практика амбулаторной работы. Термином «поликлиника», как известно, называют учреждение, в котором проводят прием ходячих больных, — свидетельство распространенности амбулаторной деятельности.

Следует обращать внимание на эстетическую сторону амбулаторного приема. Чистота, порядок, цвета, располагающая обстановка уже сами по себе вызывают доверие пациентов. Очень важно и доброжелательно его

встретить, проявить готовность помочь. В этом деле полномочным представителем врача будет медсестра.

В процессе ожидания приема пациенты оказывают влияние друг на друга. При здоровой атмосфере в амбулатории и влияние это обычно позитивно, поскольку в своих беседах пациенты рассказывают о хорошем враче, заботливой медсестре. Среди пациентов встречаются и те, которые запугивают товарищей по несчастью.

Медсестре полезно уметь быстро ориентироваться в обстановке, выделять посетителей, требующих неотложной помощи, и замечать тех, кто усиливает нездоровые настроения среди больных.

Важно, чтобы предписания врача были должным образом поняты пациентами. Медсестра может еще раз что-то терпеливо и приветливо объяснить пациенту, показать, куда ему надо пройти, рассказать, где купить выписанное лекарство, и пр.

2. Участковые врачи, *патронажные медсестры* несут в квартиры пациентов, на места их работы дух своего лечебного учреждения, его отношение к людям. Медсестра может доходчиво объяснить, что пациенту предстоит сделать, как следует принимать лекарство, какого образа жизни придерживаться в ходе лечения.

Медсестра помогает врачу, поскольку может заметить напряженность в отношениях между супругами, материальные и социальные условия жизни пациента и пр.

18.4. РАБОТА В СТАЦИОНАРЕ

Госпитализация больного в некоторых случаях осуществляется после его доставки на машине скорой помощи. Прием больного ночью — особенно ответственное дело. Медсестре не стоит проявлять недовольство, что ее, возможно, разбудили, не стоит демонстрировать свою усталость и пренебрежение, поскольку это нарушает доверие пациента к медицинскому учреждению.

При поступлении в стационар больной нередко страдает от перемены обстановки. Он может свое недовольство выражать открыто или держать при себе. Первый тип больных создает особые затруднения для остальных больных. Есть больные, которые не желают приспосабливаться к требованиям больничной среды.

На его отношение к своей болезни влияют уровень образования, культуры, предрассудки, которых он придерживается, обычаи, поведение окружающих. Болезнь может означать опасность, утрату, послужить преимуществом в определенных условиях, может рассматриваться больным как наказание. Определенную роль играет прошлое больного, подобное

заболевание могло быть у его ближайших родственников, значимых знакомых. Болезнь может мешать проявлению тех или иных сторон личности, изменять роль человека в обществе, семье.

Как больной переносит свою болезнь, находит отражение в его поведении:

- ▶ *больной-борец* не закрывает глаза перед бедой, он относится к болезни как к врагу, которого надо побороть, и делает все возможное в интересах выздоровления;
- ▶ *капитулирующий больной* становится пассивным, беспомощным, им нужно все время заниматься;
- ▶ *больной, отрицающий факт заболевания*, не хочет ничего слышать о лечении, заболевании.

В основе ухода за пациентом лежит комплексный подход к человеку, учитывающий физиологические, личностные, социальные и духовные потребности пациента и его семьи. Пациента приходится обучать справляться с кризисной ситуацией, ведь вся жизнь сопровождается теми или иными вызовами, и нужно уметь на них отвечать. В ходе преодоления проблемы кризисной ситуации происходит развитие личности, человек становится мудрее. От его взаимодействия с медицинским работником зависит эффект его лечения.

Госпитализм

Госпитализм — широкое понятие, включающее в первую очередь психологические условия больничной среды (госпиталя) и результаты их действия на психическое и физическое состояние больного.

Наиболее часто встречающиеся влияния, ведущие к госпитализму, объединяют под названием психической депривации. **Психическая депривация** — состояние, развивающееся вследствие такой жизненной ситуации, где человеку не предоставлены условия для удовлетворения его некоторых основных (витальных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени.

Госпитализм может поражать особенно *больных пожилого возраста*, находящихся повторно и в течение длительных периодов в больничной среде с *хроническими заболеваниями*. У таких больных отсутствуют стимулы обычной жизни. Заболевание для пожилых людей может, однако, стать *стилем жизни*, они отвыкают от жизни дома и прикладывают значительные усилия, чтобы вновь вернуться в больницу.

Среди более молодых больных большую тенденцию к госпитализму проявляют невротики, некоторые психопаты и особенно пациенты с заболеваниями психотического спектра в состоянии ремиссии после лечения, которых госпиталь защищает от жизненных ударов.

Виды психотерапии

Классификация видов психотерапии разнообразна.

- ▶ Психодинамический подход. Представлен школами: З. Фрейда, А. Адлера, К.Г. Юнга, К. Хорни, Ж. Лакана и др., в детской психотерапии — школами А. Фрейд, М. Кляйн, Г. Хак-Хельмут и др.
- ▶ Поведенческий (бихевиоральный) подход. Основан на теориях И.П. Павлова и Б. Скиннера.
- ▶ Когнитивный подход. Основан на научных трудах А. Бэка и опирается на представления о решающей роли когнитивных процессов в происхождении нарушений.
- ▶ Гуманистический подход. Представлен недирективной клиент-центрированной психотерапией К. Роджерса, психологическим консультированием Р. Мэя, биоэнергетикой В. Райх, сенсорным осознанием Ш. Сильвера и Ч. Брукса, структурной интеграцией И. Рольфа, психосинтезом Р. Ассаджиоли, логотерапией В. Франкла, экзистенциальным анализом Р. Мэя и Дж. Бугенталья и др. Сюда также можно отнести арт-терапию, поэтическую терапию, терапию творческим самовыражением М.Е. Бурно, музыкотерапию П. Нордофф и К. Роббинс и др.
- ▶ Системный подход. Представлен миланской моделью семейной терапии М.С. Палаццоли, Л. Босколо, Д. Чеккина и Д. Прата, а также психотерапией В. Сатир и др.
- ▶ Интегративный подход. Представлен интегративной психотерапией И. Петцольда, реконструктивной психотерапией Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова и др.

Символотерапия (от греч. σύμβολο — знак, θεραπεία — лечение, уход за больным) — разновидность психотерапии, использующей в качестве лечебного воздействия символическую функцию слова и речи. Символотерапия (общение с помощью лечебного символа) — форма опосредования лечебного воздействия в индивидуальном и групповом психотерапевтическом процессе. Метод разработан и был применен Ю.Б. Некрасовой в лечении логоневроза — восстановлении нарушенного речевого общения у заикающихся. Рассматривая речь как символический рефлекс, В.М. Бехтерев определял слова как символические обозначения того предмета, который оставляет целый комплекс следов в нервной системе.

Каждый лечебный символ (например, «пигмалион», «нарцисс», «айсберг») содержит в свернутом виде континуум психических состояний, ведущих к гармонизации личности в ходе терапевтического общения. Происходит формирование рефлекторной цепочки: от символа — через лечебный смысл его — к саногенному психическому состоянию. Обучение

лечебным символам позволяет пациентам самостоятельно поддерживать заданные психотерапевтом психические состояния, снимает поведенческие и мыслительные стереотипы.

Развитие человеческой личности достижимо благодаря символизации (В.М. Бехтерев), это значимая ступень в результативности лечебного перевоспитания личности (Некрасова Ю.Б. Лечение творчеством, М., 2006).

Уход за особыми больными

Уход за *хроническими больными* зависит от характера болезни, насколько больной сумел к ней адаптироваться. Хронические больные иногда вызывают у медицинских работников чувство беспомощности, поражения в борьбе с болезнью, что может повлиять на их отношение к этим больным.

Поддержка психической активности, обеспечение их занятости, предотвращение окончательного оформления роли «хронический больной» — важнейшие задачи психологической работы с этой категорией больных.

Во многих странах мира хронические больные организуют союзы, группы взаимопомощи, благодаря которым они преодолевают одиночество, учатся друг у друга преодолевать свою беспомощность, стараются оставаться социально полезными.

Терапевтическая среда

Терапевтическая среда — обстановка, способствующая самоуважению и личной ответственности, привлечению пациента к осмысленной деятельности (понятие используют в гуманистическом подходе к лечению). Она эффективно дополняет другие методы терапевтического воздействия. Определенная среда оказывает модифицирующее воздействие на человека.

Взаимоотношения между пациентами оказывают существенное влияние на их самочувствие. Медицинский персонал должен воспитывать в пациентах товарищество, сочувствие друг к другу.

Здоровый социально-психологический климат лечебного учреждения предполагает взаимодоверие сотрудников, стремление добросовестно выполнять свою работу по принципу «никакой снисходительности», постоянный обмен информацией, контроль результатов выполнения программ, эффективности деятельности больничной администрации и стиля ее работы.

«Стартовое волнение»

В день *выписки из больницы и за день до этого* некоторые больные переживают выписную лихорадку (в буквальном и переносном смысле), «стар-

товое волнение». Опытный медицинский работник (например, медсестра) может помочь больному собраться и более спокойно пережить этот день.

18.5. РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ РАБОТА

Важно помочь выписавшимся из больницы вернуться к нормальной жизни в семье, а постепенно и к трудовой деятельности. В процессе восстановления трудоспособности большое значение имеет терпеливое, понимающее отношение среды, поддержка окружающих, что помогает больному вернуть веру в себя, преодолеть начальные трудности.

Например, в результате травмы или болезни человек может потерять ногу. Хирургически после оказания помощи и лечения он выздоравливает, но ходить и работать неспособен. В этом случае речь может идти о вторичном дефицитном состоянии, когда в результате нарушения или полного выпадения отдельных жизненных функций дальнейшее поддержание жизни, труд, жизнь в семье привычным до того способом становятся невозможными. В подобных случаях возникает необходимость в такой деятельности работников здравоохранения, которая помогает пострадавшему как можно полнее восстановить свою работоспособность, способность выполнять значимые для себя социальные функции. В этих восстановительных мероприятиях большую роль играет и *психическая реабилитация* человека. Часто душевная травма оказывается гораздо более значимой, чем даже вызвавшая ее ампутация конечности. Восприятие дефекта, привыкание к нему, принятие достижимы нередко в результате психотерапии. Нужна определенная внутренняя психологическая перестройка с целью приспособления к новым условиям своей жизни.

В процессе реабилитации всегда учитывают все те функции и способности, которые у человека сохранились. Выделяют медицинскую, профессиональную, социальную, психологическую реабилитацию. Минздрав России принял решение о создании мультидисциплинарных реабилитационных бригад, в состав которых должны входить и медицинские психологи.

Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания (СВ).

Исследования, посвященные развитию СВ, опубликованы в психологической, психиатрической и психосоматической литературе. В.А. Farber рассмотрел данный феномен как опыт, где работник знает о значительном несоответствии между его инвестированными усилиями, затратами и результатом, вознаграждением, полученными от выполнения работы. Термином СВ обозначают неблагоприятный, связанный с работой синдром, характеризующийся постоянным истощением, циничным отношением к своей работе и чувством уменьшенной своей компетентности.

Большинство исследователей рассматривает СВ как следствие действия продолжительных интенсивных стрессовых факторов на рабочем месте.

Основные труды по идентификации и классификации СВ принадлежат психологам. В СВ принято выделять три основных компонента:

- ▶ эмоциональное истощение — ощущение физической и психологической усталости, прогрессирующая потеря энергетического потенциала;
- ▶ деперсонализация — обезличивание и формализация контактов, субъект (пациент) воспринимается личностью как объект;
- ▶ редукция личных достижений — негативная оценка своей профессиональной компетентности и деятельности.

По классификации симптомов СВ можно выделить следующие:

- ▶ физические — частые головные боли, боли в мышцах, внезапная потеря или прибавление в весе, сниженный иммунитет и пр.;
- ▶ эмоциональные — апатия, раздражительность, сниженный фон настроения, ощущение опустошенности, усталости и т.д.;
- ▶ поведенческие — прием психоактивных веществ с целью избегания проблемы, снижения внутреннего напряжения, отход от социальных контактов, снятие с себя ответственности за свои действия и пр.

Процесс выгорания создает серьезные последствия как для самого медицинского персонала, так и для учреждений, в которых они работают.

Особую актуальность приобретает постановка вопроса о профилактических мерах профессиональных стрессоров у медицинских работников.

Существенным моментом в *профилактике СВ* должно стать появление в медицинских учреждениях просветительских программ для самих медицинских работников по теме СВ, обучение персонала совладанию со стрессовыми ситуациями, возможность консультации у психотерапевтов и психологов. Важным звеном профилактики СВ должны быть тренинги личностно-профессионального развития, которые целесообразно включать в систему додипломного и последипломного образования медицинских работников.

Социальная реабилитация при аддиктивном поведении.

Аддиктивное поведение — одна из форм деструктивного поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния с помощью приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активных видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных эмоций (Короленко, 2000). Предпосылкой формирования аддиктивного поведения выступают следующие факторы: трудные социально-экономи-

ческие условия, разочарование жизнью, конфликты в семье или на производстве, утрата близких, крушение идеалов, резкое изменение привычных стереотипов. При некоторых типах воспитания (например, при гиперопеке) формирование аддиктивного поведения у ребенка наиболее вероятно (Эйдемиллер, Юстицкий, 1999). Важную роль играют и биологические предпосылки. Аддиктивное поведение приводит к редукции, деформации общения. Эти деформации зависят от длительности злоупотребления и имеют этапное прогрессирование (Бехтель, 1986).

Актуальность приобретает реабилитация медицинских работников с профессиональным стрессом, уже выявленным СВ. В реабилитации СВ эффективно используют методы когнитивно-бихевиоральной, клиент-центрированной психотерапии, релаксации.

Согласно рекомендациям ВОЗ, принято различать медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию. По мнению М.М. Кабанова (1985), реабилитация одновременно представляет цель — восстановление и сохранение статуса личности, процесс, имеющий нейрофизиологические и психологические механизмы, и метод подхода к больному человеку. Метод включает четыре основных принципа реабилитации психически больных, которые применимы и к лицам с аддиктивным поведением:

- ▶ партнерство врача/психолога и пациента/клиента;
- ▶ разносторонность усилий, воздействий;
- ▶ единство психосоциальных и биологических методов воздействия;
- ▶ их ступенчатость (этапность).

Принцип этапности подразумевает наличие трех этапов реабилитации (Кабанов М.М., 1985):

- ▶ восстановительная терапия;
- ▶ реадaptация;
- ▶ собственно реабилитация.

Реабилитация лиц с аддиктивным поведением нацелена на возвращение к жизни в обществе, формирование нормативного личностного и социального статусов. Среди направлений и методов, применяемых в реабилитации, есть следующие:

- ▶ психологические (индивидуальное, групповое и семейное психологическое консультирование); психотерапия нацелена на формирование адекватной самооценки, повышение уровня самоосознания, усиление контроля над импульсами, увеличение стабильности межличностных отношений и социальную адаптацию;
- ▶ педагогические (коррекционное обучение, коррекционное воспитание, коррекционное развитие);

- ▶ социальные (обучение навыкам социально-бытовой ориентировки, профессиональная подготовка, трудовая терапия, социальное сопровождение, юридическая и правовая поддержка).

Междисциплинарный подход к реабилитации может уменьшить риск возникновения серьезных проблем со здоровьем, улучшить результаты после процесса лечения пациента.