

Реконструкция личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра

Maksymenko K. S. Personal «Me» reconstruction in various clinical diseases spectrum / K. S. Maksymenko // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostyuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S.D. Maksymenko, L.A. Onufrieva. – Issue 37. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2017. – P. 217–227.

K. S. Maksymenko. Personal «Me» reconstruction in various clinical diseases spectrum. It is noted that the system of relations to the disease includes cognitive, emotional and behavioral components. It is stated that the human reactions, caused by diseases, cannot but influence on his personal «Me», affecting not only the sphere of attitude to the disease, but self-attitude, self-esteem, self-acceptance – all that constitutes the internal psychological world of a man. It is established that in studying the state of the psychic sphere, even among somatic patients, experimental-psychological methods are of great value. The focus is put on the necessity of detailed study of clinical features of the patient's personality and its transformation, dynamics of compensatory, protective and destructive mechanisms in the process of development of the disease, which is necessary both for solving tasks of pathogenetic and differential diagnostics, as well as therapeutic and rehabilitation practice, psychotherapeutic and psychocorrective work.

It is concluded that the methodology and psychotechnics of personal «Me» reconstruction in various clinical diseases spectrum should be based on understanding of peculiarities of the cognitive, emotional, behavioral components of system attitudes toward the disease; on the knowledge of health psychology and features of personality resources of a man with a disease; on understanding the correlation between clinical, psycho-physiological, psychological mechanisms of personality disorders in the choice of appropriate techniques of personality oriented and symptomatic psychotherapy.

Key words: personal «Me», psychotherapy, health psychology, a human inner mental world, disease, peculiarities of a human personality-based resources, clinical, psycho-physiological, psychological mechanisms of personality disorders.

К. С. Максименко. Реконструкция личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра. Отмечено, что система отношений к болезни включает в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий

компоненты. Констатируется, что вызванные заболеванием реакции человека не могут не влиять на его личностное «Я», затрагивая не только сферу отношения к болезни, но и самоотношение, самооценку, принятие себя – все то, что составляет внутренний психологический мир человека. Установлено, что при изучении состояния психической сферы даже у соматических больных большую ценность имеют экспериментально-психологические методики. Подчеркивается необходимость детального исследования клинических особенностей личности больного, и ее трансформации, динамики компенсаторных, протективных и деструктивных механизмов в процессе развития болезни, что необходимо как для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, так и лечебно-восстановительной практики, психотерапевтической и психокоррекционной работы. Сделан вывод, что методология и психотехника реконструкции личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра должна опираться на понимание особенностей когнитивного, эмоционального, поведенческого компонентов системы отношений к болезни; на знание психологии здоровья и особенностей личностных ресурсов человека, страдающего заболеванием; на понимание соотношения клинических, психофизиологических, психологических механизмов личностных расстройств при выборе соответствующих техник личностноориентированной и симптоматической психотерапии.

Ключевые слова: личностное «Я», психотерапия, психология здоровья, внутренний психологический мир человека, болезнь, особенности личностных ресурсов человека; клинические, психофизиологические, психологические механизмы личностных расстройств.

К. С. Максименко. Реконструкції особистісного «Я» в клініці захворювань різного спектру. Зазначено, що система відносин до хвороби включає в себе когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти. Констатовано, що викликані захворюванням реакції людини не можуть не впливати на його особистісне «Я», зачіпаючи не тільки сферу ставлення до хвороби, а й самоставлення, самооцінку, прийняття себе – все те, що складає внутрішній психологічний світ людини. Встановлено, що при вивченні стану психічної сфери навіть у соматичних хворих велику цінність мають експериментально-психологічні методики. Підкреслюється необхідність детального дослідження клінічних особливостей особистості хворого, і її трансформації, динаміки компенсаторних, протективних і деструктивних механізмів у процесі розвитку хвороби, що необхідно як для вирішення завдань патогенетичної і диференціальної діагностики, так і лікувально-відновлювальної практики, психотерапевтичної та психокорекційної роботи. Зроблено висновок, що методологія і психотехніка реконструкції особистісного «Я» в клініці захворювань різного спектру повинна спиратися на розуміння особливостей когнітивного, емоційного, поведінкового компонентів системи відносин до хвороби; на знання психології здоров'я і особливостей особистісних ресурсів людини, що страждає захворюванням; на розуміння співвідно-

шення клінічних, психофізіологічних, психологічних механізмів особистісних розладів при виборі відповідних технік особистісно орієнтованої і симптоматичної психотерапії.

Ключові слова: особистісне «Я», психотерапія, психологія здоров'я, внутрішній психологічний світ людини, хвороба, особливості особистісних ресурсів людини; клінічні, психофізіологічні, психологічні механізми особистісних розладів.

Постановка проблеми исследования. Психотерапия как основная составляющая в общей структуре клинической психологии, в условиях сосуществования двух моделей, с разными методологиями, – медицинской и психологической, в реализации изучения и создания психологических методов воздействия на психику человека с лечебной и практической целью должна опираться на психологические исследования личностного «Я».

Проблематика личностной психотерапии в современной медицинской психологии ставит актуальный с научной точки зрения вопрос о специфике модели полноценного многоаспектного здорового «Я», как фундамента психотерапевтической работы с пациентами/клиентами.

Цель нашей статьи – исследование реконструкции личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра.

Обзор последних исследований. Психотерапевтическая работа, связанная с личностной психотерапией пациентов, страдающих психиатрическими и общесоматическими заболеваниями, носит вспомогательный характер по отношению к основному курсу лечения. По крайней мере именно так, в основном, понимают и трактуют ее, согласно сложившейся традиции современные исследователи – как отечественные, так и зарубежные (Айви и др., 1999; Александров, 2004; Алексейчик, 1985; Амон, 2002; Бабич, 2008; Бассин и др, 1979; Браун и Педдер, 1998; Бурно, 2006; Вассерман и др., 2010; Вельвовский и др., 1984; Гройсман, 1995; Михайлов и др., 2002; Простомолотов, 2007; Холмогорова, 2001; Щеглов, 2006; Brautigam, 1986; Zur, 2009 и др.).

Реабилитация (как система и как процесс) при этом включает в себя собственно психологический компонент, который должен соответствовать уровню развития и зрелости личности, ее направленности, установкам и отношениям, преобладающим формам психологической компенсации, а также учитывать степень социальной интеграции личности в основные малые группы: семью, производственный коллектив, неформальное социальное окружение и т.п.

Изложение основного материала исследования. В одной из наиболее разработанных и распространенных типологий психологического реагирования на заболевание, созданной А.Е.Личко и Н.Я.Ивановым, учитывается три группы факторов, определяющих способ реагирования: природа самого заболевания, тип личности, в частности акцентуация характера, и отношение к данному заболеванию в референтной для больного группе [3, с. 173]. Эти типы объединены в блоки:

1. Типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация в целом не нарушена – гармоничный, эргопатический и анозогнозический.

2. Типы реагирования на болезнь, характеризующиеся психической дезадаптацией интрапсихической направленности (повышенная тревожность, ипохондричность, неврастеничность, депрессивность и апатичность).

3. Типы реагирования, отличающиеся психической дезадаптацией интерпсихической направленности (эгоцентрический, паранояльный, дисфорический, сензитивный).

Таким образом, система отношений к болезни включает в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Совершенно очевидно, что вызванные заболеванием реакции человека не могут не влиять на его личностное «Я», затрагивая не только сферу отношения к болезни, но и самоотношение, самооценку, принятие себя – все то, что составляет внутренний психологический мир человека.

Особое место в указанной проблематике принадлежит хронифицирующим и инвалидирующим заболеваниям, поскольку последние затрагивают социальный статус пациента, его функциональные роли в социуме, круг общения и интересов, уровень притязаний и самооценки, но главным образом – необходимость трансформации прежнего привычного образа жизни и деятельности, необходимость формирования нового жизненного стереотипа. Самооценка больными влияния заболевания на их социальный статус является весомой частью «внутренней картины болезни», а соответственно и важной «точкой приложения» психотерапевтического воздействия на больного в процессе его реабилитации. И это при том, что в контексте нашей работы мы исключаем из специального анализа вероятность летального исхода, влияние болезни на возможность поддержания прежнего материального благосостояния, влияние болезни на сферу сексуальных отношений и репродуктивных функций, не говоря уже о сфере досуга и интересов. Если же принять во внимание при-

сутствующие в массовой практике врача и медицинского психолога терминальные заболевания, весьма часто проявляющиеся болевые характеристики болезни, необходимости как радикального, так и паллиативного лечения со всеми сопутствующими им сложностями, становится совершенно очевидным, что методологические и психотехнические вопросы личностной психотерапии требуют постоянной и тщательнейшей проработки в зависимости от конкретной жизненной ситуации.

Трудности начинаются уже с определения индивидуально-типологических особенностей больных и характеристики типов личностного реагирования на заболевание. Как известно, больные зачастую не просто не стремятся, а избегают привлекать внимание врачей к изменениям в нервно-психической сфере. Они не хотят, чтобы их признали «нервными» больными, «неадекватными», а тем более с изменениями со стороны психики (Бассин и др., 1979; Вассерман, 1987; Завьялов, 1999; Канищев, 2003; Коростий, 2009, Крайников, 1999; Корягин и др., 2006; Михайлов и др., 2011; Сарвир, 2004; Федак, 2011 и др.).

Значимость личностного подхода традиционно подчеркивается в профессиональной литературе (Бассин и др., 1979; Кулаков, 2007; Любан-Плоцда, 1994; Мясищев, 1960), являясь одним из важнейших теоретико-методологических принципов отечественной медицины. Поэтому представляется несомненным необходимость детального исследования клинических особенностей личности больного, и ее трансформации, динамики компенсаторных, протективных и деструктивных механизмов в процессе развития болезни. Это необходимо как для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, так и лечебно-восстановительной практики, психотерапевтической и психокоррекционной работы [4].

В рамках проблемы психотерапевтической реконструкции личностного «Я» больных психическими и соматическими заболеваниями некоторыми исследователями и психотерапевтами-практиками предпринимаются попытки исследования этой проблемы и описания опыта применения психотерапевтических методов в реализации той или иной психотерапевтической работы с больными.

Так, в результате изучения невротических заболеваний Б.Д. Карвасарский создал модель, которую можно использовать в процессе исследования трансформации личностных особенностей больных. Согласно Б.Д. Карвасарскому, по невротической реакции в картине личностных нарушений на первом месте ока-

зываются расстройтва, связанные преимущественно с особенностями темперамента. К таким первичным личностным особенностям могут быть отнесены повышенная аффективность большого истерией, тревожность и ригидность обсессивного большого, повышенная истоощаемость большого неврастений [4].

Первичные личностные черты, связанные с особенностями темперамента, выражаются прежде всего в аффективной сфере; вторичные черты проявляются в нарушении системы отношений и являются глубинными личностными нарушениями, внутренними проблемами; третичные личностные черты обнаруживаются уже на поведенческом уровне и могут выражаться, например, в трудностях общения, межличностного функционирования. Появление третичных, а иногда и вторичных личностных образований у больных неврозом обусловлено, как правило, регулятивными целями сохранения существующей системы отношений, отношения к себе и самооценки, обеспечивающих ее целостность и устойчивость. Это означает, что третичные личностные образования у больных неврозом – особенности поведения и межличностного функционирования – выполняют своего рода защитную функцию, функцию сохранения существующей системы отношений, сохранения хотя бы внешней позитивной самооценки и уверенности в себе. В картине болезни при этом выступают психологические механизмы, которые свидетельствуют, с одной стороны, о явлениях дезадаптации и сохранения личностных расстройств, а с другой стороны, указывают на возможные пути их коррекции. Речь идет о невротических защитных механизмах.

Рассмотренные первичные, вторичные и третичные особенности личности пациента, страдающего неврозом, играют существенную роль при выборе оптимальной психотерапевтической тактики. Если при первичных личностных расстройствах существенную роль в терапии могут играть биологические методы лечения (в том числе и современные психотропные средства), то коррекция вторичных личностных нарушений, нарушений системы отношений личности требует уже проведения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии как в индивидуальной, так и особенно в групповой форме. Коррекция третичных личностных расстройств при неврозах, которые проявляются в поведенческой сфере, осуществляется более конструктивно при дополнении патогенетической психотерапии различными методами поведенческого тренинга. Соответственно, учет первичных, вторичных и третичных личностных особенностей

больных невротизмом позволяет более целенаправленно использовать и другие формы психотерапии (суггестию, ауто-суггестии и др.). Влияние различных лечебно-восстановительных методов (в том числе и тех, которые имеют психотерапевтическую направленность) и их соотношение, обусловленное наличием первичных, вторичных и третичных личностных образований, прослеживаются автором не только при невротизме, но и на моделях различных заболеваний, таких как эпилепсия, как органическое заболевание головного мозга и ишемическая болезнь сердца как психосоматическое заболевание.

Другими примерами клинической направленности психотерапии является выбор психотерапевтических подходов, методов и содержания психотерапевтических воздействий при акцентуациях характера и психопатиях.

Если личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия больше предназначена для лечения невротических расстройств и опирается на психологические основы в понимании механизмов невротизма, то разработанная М.Е. Бурно (Бурно, 2000) терапия творческим самовыражением психопатических и хронически-шизофренических расстройств, особенно с дефензивными проявлениями, соответственно опирается на тщательный учет клинических особенностей пациента. Автор указывает на такие особенности работы пациентов разных групп в терапии творческим самовыражением: 1) с психастениками – научно-лечебная информация, чувственное оживление, 2) с астениками – забота, доброта, художественные, лирические эмоции, 3) с дефензивными циклоидами (обычно склонные к вере в своего психотерапевта) – краткая научно-лечебная информация, эмоционально-подробное, юмористически мягкое, жизнеутверждающее влияние авторитета психотерапевта, 4) с дефензивными шизоидами – помощь в творческом общественно-полезном выражении своей идентичности, видении подлинных ценностей в других людях, 5) с дефензивными эпилептоидами – помощь в поисках положительных черт в людях, несогласных в чем-то с ними, общественно-полезном выражении своей идентичности, 6) с дефензивными истерическими психопатами – нужно помочь научиться заслуживать внимание людей, пусть демонстративным, но общественно-полезным самовыражением, 7) с ананкастами – нужно помочь сделать навязчивые переживания основой для творчества; 8) с дефензивными малопрогredientно-шизофреническими пациентами – на основе особого интимного психотерапевтического контакта (невозможного в работе с пси-

хопатами) можна допомогти пацієнту, безперестанно активизуючи його творчески, обов'язково-корисно висловити в житті свою особисту поліфонію розчленування-скорегуваності, яка має особливу гармонію (Бурно, 2000).

В декількох інших, але також клінічних планах рекомендується враховувати тип психопатії та акцентуації характеру при виборі психотерапевтичних втручань А.Е. Личко [1; 2].

Як показали соціально-психологічні дослідження в процесі формування та здійснення аутодеструктивного поведіння (в т.ч. алкоголізму, наркоманії, захоплення небезпечними для життя та здоров'я видами спорту), важливу роль грає самооцінка людини, характер та ступінь її сформованості, оцінка її поведінки іншими та особистістю поведінки інших (Братусь, 1988). В контексті розгляду соціальної перцепції у людей з аутодеструктивними паттернами поведінки, діяльності та стилю життя відзначаються такі особливості, як різко завищена самооцінка (або безосновательно завищена, або занижена); оцінка своєї поведінки носить оправдательний характер за типом каузальної та ситуативної атрибуції; зниження критики проявляється в отрицанні наявності аутодеструктивного поведіння за принципом порівняння себе з іншими. В разі аутодеструктивного поведінки при завищеній самооцінці людина схильна гіпертрофувати свої переваги як в своїх очах, так і в очах інших, причому вона здатна приписувати собі неіснуючі позитивні та соціально схвалені якості, при заниженій самооцінці ж її аутодеструктивне поведіння людина трактує як вимушене, шукає у інших підтримки та підтвердження об'єктивних причин, які приводять її до саморуйнування.

Формування аутодеструктивних паттернів поведінки має в своїй основі соціально-перцептивні механізми, які базуються на побудові самооцінки та самостворення, які виникають в межах міжособистісного взаємодіяння. Завищена самооцінка породжує тенденції до самодеструктивного поведіння, байдужого ставлення до думки інших та до інших людей взагалі. Компенсаторне поведіння при недостатньому кількості соціально-схвалених форм усунення негативних наслідків фруструючих ситуацій здійснюється за допомогою звернення до психоактивних речовин, суїцидального поведінки або психоемоціональної розрядки за допомогою екстремальних видів спорту. При заниженій самооцінці також формується інтенція до уходу від реальності, і

прежде всего от себя, при отрицательном отношении к себе – в компенсаторную деятельность, прием психоактивных веществ, выбор профессии, связанной с риском для жизни и здоровья, а также суицидальное поведение.

По данным исследований В.А. Худика, нарушение самооценки по мере развития алкоголизма проявляется раньше, чем расстройства критичности в познавательной деятельности, еще до сформированности выраженного алкогольного слабоумия. Разногласия в самооценке и объективной оценке по ряду психодиагностических методик увеличиваются по мере нарастания психического дефекта (Худик, 1993). Таким образом, искаженно-дефицитарная самооценка формируется задолго до формирования аутодеструктивного поведения и служит основой дезадаптации человека. В работе с аддиктивными пациентами психотерапевт сталкивается с интенсивной регрессией, которая может пойти путем злокачественного развития, актуализацией нарциссических личностных черт, а также словесной невыразительностью зоны базисного дефекта. В качестве эффективного метода работы с такими пациентами все шире используется символдрама, в рамках которой происходит интенсивная работа с нарциссическим удовольствием и словесным выражением состояний пациента, которое происходит вслед за образным (Обухов, 1997).

Психотерапия, особенно адекватная в случае психогенных расстройств, прежде всего в групповых ее формах, применяется также при психических заболеваниях эндогенного характера. При этих заболеваниях психотерапию обычно включают в систему биологического лечения и социально-реабилитационных воздействий. Для каждого типа эндогенных психических заболеваний используются определенные типы психотерапевтического вмешательства, направленные на те или иные цели. Основная литература по этой проблеме посвящена психотерапии при шизофрении и эндогенных депрессиях (Холмогорова, 2001; Менделевич, 2005; Макаров, 2001 и др.) [5]. При достаточной разработанности системы психотерапевтического и психосоциального воздействия для таких больных, исследования их личностного «Я» и вопросы, связанные с его реконструкцией, остались мало разработанными. Однако еще менее разработанными являются вопросы, относящиеся к психотерапии пациентов с соматическими заболеваниями. Не секрет, что до настоящего времени вопросы психотерапии с соматическими больными, по существу, игнорировались, как исследователями, так и практиками. Не претендуя на абсолютное первенство в постановке проблемы, мы

вместе с тем считаем необходимым подчеркнуть: абстрагирование от психобиологической сущности человека в ущерб психосоциальной, как и наоборот, безусловно является редуccionистским и примитивизирующим столь сложную сферу человеческой деятельности как врачебное дело. Игнорирование достижений и возможностей современной медицинской психологии с явным перекосом усилий медицинских психологов и психотерапевтов лишь в одну сторону, а именно в сторону нервно-психической патологии, без учета психологии здоровья и личностных ресурсов человека, страдающего соматическим заболеванием, в настоящее время выступает анахронизмом.

Выводы. Решающее значение при включении в систему лечения не только больных с психиатрическим опытом, но соматических пациентов имеет правильное соотношение психологического обследования, личностно-ориентированной и симптоматической психотерапии, определение целей, задач и выбор конкретных психотерапевтических техник с учетом соотношения клинических, психофизиологических и психологических механизмов возможных личностных расстройств и их специфики на разных этапах лечения основного заболевания. Методология и психотехника реконструкции личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра должна опираться на понимание особенностей когнитивного, эмоционального, поведенческого компонентов системы отношений к болезни; на знание психологии здоровья и особенностей личностных ресурсов человека, страдающего заболеванием; на понимание соотношения клинических, психофизиологических, психологических механизмов личностных расстройств при выборе соответствующих техник личностноориентированной и симптоматической психотерапии.

Список использованных источников

1. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский. – М. : Питер. – [4-е изд.] – 2011. – 864 с.
2. Карвасарский Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. – [Изд-е 5-е, испр. и доп.]. – М., 2008. – 573 с.
3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В. Д. Менделевич. – [5-е изд.] – М. : МЕД-пресс-информ, 2005. – 432 с.
4. Максименко К.С. Методология и психотехника реконструкции личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра / К.С. Максименко / Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного

університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2013. – Вип. 24. – С. 477–489.

5. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Хардию. – Будапешт : Akademia kiado. Изд-во академии наук Венгрии, 1988. – 338 с.

Spysok yspol'zovannykh ystochnykov

1. Karvasarskyj B.D. Klynycheskaja psyhologija / B. D. Karvasarskyj. – М. : Pyter. – [4-e yzd.] – 2011. – 864 s.
2. Karvasarskyj B. D. Nevrozyy / B. D. Karvasarskyj. – [Yzd-e 5-e, yspr. y dop.]. – М., 2008. – 573 s.
3. Mendelevych V.D. Klynycheskaja y medycynskaja psyhologija: Uchebnoe posobyе / V. D. Mendelevych. – [5-e yzd.] – М. : MEDpress-ynform, 2005. – 432 s.
4. Maksymenko K.S. Metodologija y psyhotehnyka rekonstrukcyu lychnostnogo «Ja» v klynyke zabolevanyj razlychnogo spektra / K.S. Maksymenko / Problemy suchasnoi' psyhologii' : zb. nauk. prac' Kam'janec'-Podil's'kogo nacional'nogo univertsytetu imeni Ivana Ogijenka, Instytutu psyhologii' imeni G.S. Kostjuka NAPN Ukrai'ny / za red. S.D. Maksymenka, L.A. Onufrijevoi'. – Kam'janec'-Podil's'kyj : Aksioma, 2013. – Vyp. 24. – S. 477–489.
5. Hardy Y. Vrach, sestra, bol'noj. Psyhologija raboty s bol'nyymi / Y. Hardyju. – Budapesht : Akademia kiado. Yzd-vo akademyy nauk Vengryy, 1988. – 338 s.

Received February 15, 2017

Revised March 16, 2017

Accepted April 13, 2017