

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

1.1. АДАПТИВНОСТЬ ЛИЧНОСТИ.

2.2. «СОЦИАЛЬНАЯ СРЕДА» И «СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ»

3.3. ТРУДНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ: ФЕНОМЕН, ВИДЫ.

1. Адаптивность как результат продуктивной социализации

Эффективная адаптация - личность соответствует минимальным требованиям и ожиданиям общества.

Адаптивный человек способен гибко и эффективно действовать в новых и потенциально опасных условиях, придавать событиям желательное для себя направление, осуществлять свои цели и устремления.

Критерии адаптивности: (по А.Н.Жмырикову)

- степень интеграции личности с макро- и микросредой;
- степень реализации внутриличностного потенциала;
- эмоциональное самочувствие.

Адаптивная личность - это личность, способная оптимально для себя приспособиться к условиям функционирования в изменяющейся среде и в дальнейшем психически, личностно и социально развиваться.

Критерии адаптивной личности:

- способность контролировать события, понимать причины стресса, осознавать действия, которые необходимо предпринять;
- мобилизация новых ресурсов, внешних и внутренних источников помощи;
- гибкость в решении проблем;
- низкий уровень тревожности;
- проявления индивидуальной эмоциональной, интеллектуальной и когнитивной организации жизни;
- баланс напряженности - расслабленности.

2. «социальная среда» и «социальная ситуация»

Понять личность невозможно вне ситуации, в которой она находится, поскольку между человеком и условиями его жизни существует неразрывная связь.

Ситуация - естественный элемент социальной жизни, определяющийся вовлеченными в нее людьми, местом действия, сущностью деятельности и т. п.

В конце 60-х гг. XX в. Формируется новое направление исследований - «психология среды» (environmental psychology), или «психологическая экология».

Оно выделилось в самостоятельную отрасль научного исследования, основателем которой является Роберт Ли Баркер. Он изучал личность в пространстве реальной жизни.

(Роберт Ли Баркер (1937 г.р.) - психотерапевт, автор, редактор и профессор социальной работы. Автор «Словаря социальной работы» в первых пяти изданиях и 20 учебников в области семейной терапии, поведенческих дисфункций и правовых и социальных вопросов).

Среда - комплекс неких условий, внешних сил и стимулов, воздействующих на человека.

Среда оказывает влияние на поведение человека.

Понятия «среда» и «ситуация» в научных источниках зачастую взаимозаменяемы.

Ситуация - это обстановка, совокупность условий, обстоятельств, влияющих на динамику образа жизни в определенный промежуток времени.

Жизненная ситуация - различные периоды жизнедеятельности отдельного человека, составляющих образ жизни.

Проблемная ситуация - трудности, возникшие в социокультурной жизни на индивидуальном, групповом или общесоциальном уровнях, когда под действием внутренних или внешних факторов ранее установившиеся процессы образа жизни, взаимодействий людей, нарушаются, а механизмы восстановления баланса отсутствуют.

Возникает необходимость пересмотра привычных ценностей, общественных норм, правил поведения, поскольку при изменившихся обстоятельствах они утрачивают свои функции.

Д. Магнуссон выделил пять уровней определения ситуации:

- стимулы (stimuli) - отдельные объекты или действия;
- эпизоды (episodes) - особые значимые события, имеющие причину и следствие;
- ситуации (situations) - физические, временные и психологические параметры, определяемые внешними условиями.

При определении ситуации акцент ставится на внешнем характере.

Л. Фергюссон находит место ситуации в психологическом тезаурусе среди четырех особенностей личности, обуславливающих:

- 1) ее поведение;
- 2) конституциональные (соматические) особенности;
- 3) групповые (социальные обычаи, привычки, аттитюды);
- 4) ролевые, в том числе сексуальные, особенности.

Трудная жизненная ситуация: феномен, научные подходы к пониманию и виды.

Ситуация рассматривается как совокупность элементов среды на определенном этапе жизнедеятельности.

Структура ситуации включает в себя действующих лиц, их деятельность, ее временные и пространственные аспекты.

Ситуация в сознании человека представлена двумя составляющими:

- формирование и развитие конструкта ситуации;
- функционирование конструкта, отражающего ситуацию в качестве элемента целостной системы, представляющей картину мира.

Ситуация задает контекст восприятия человека, внося упорядоченность в общую картину социального мира.

Один из подходов к анализу ситуаций (Д. Магнуссон) включает в себя следующие аспекты:

- 1) анализ особенностей восприятия ситуаций;
- 2) анализ мотивационной стороны;
- 3) анализ реакций на ситуацию.

Трудная жизненная ситуация - это положение, объективно нарушающее жизнедеятельность человека, которое он не может преодолеть самостоятельно, в связи с чем нуждается в специальной поддержке и помощи специалистов.

Выделяют критические и напряженные виды трудных жизненных ситуаций.

Критическая ситуация - это крайне сложная, трудная и опасная ситуация, ставящая перед личностью дилемму.

Поведение человека в такой ситуации выявляет не только индивидуальные, но и социально-психологические качества, мировоззрение, нравственные убеждения и взгляды, адаптационные возможности субъекта.

Существуют ситуации, например утрата близкого человека, которые не могут быть разрешены. Никакое внешнее преобразование не способно исправить ситуацию: она необратима (Ф.Е. Василюк).

Критические жизненные ситуации описывают через 4 ключевых понятия: «стресс», «фрустрация», «конфликт», «кризис».

Тип критической ситуации определяется характером состояния «невозможности», в котором оказалась жизнедеятельность человека.

К первому типу критической ситуации относится стресс (англ. stress - напряжение) - неспецифическая реакция организма на ситуацию, которая требует большей или меньшей функциональной перестройки организма, соответствующей адаптации.

Новая жизненная ситуация - всегда источник стресса, но не каждая становится критической.

Не любое требование среды вызывает стресс, а лишь то, которое оценивается как угрожающее, нарушающее адаптацию.

Второй тип критической ситуации - фрустрация (лат. frustratio - обман, расстройство, тщетное ожидание) - определяется как состояние, вызванное противоречием между сильной мотивацией удовлетворить потребность, с одной стороны, и преградой, невозможностью достичь ее - с другой.

Т. Дембо разделяет барьеры на внутренние и внешние.

- внутренние - это те, которые препятствуют достижению цели;
- внешние - те, что не позволяют испытуемым выйти из ситуации.

Виды фрустрационного поведения:

- двигательное возбуждение — бесцельные и неупорядоченные реакции;
- апатию (в исследовании Р.Баркера, Т.Дембо и К.Левина ребенок в фрустрирующей ситуации лег на пол и смотрел в потолок);
- агрессию и деструкцию;
- стереотипию - тенденцию к слепому повторению фиксированного поведения;
- регрессию, которая понимается либо как обращение к поведенческим моделям, доминировавшим в более ранние периоды жизни индивида, либо как примитивизация поведения или падения качества исполнения

А. Э. Фромм полагает, что фрустрационное поведение (в частности, агрессия) представляет собой попытку достичь фрустрированной цели.

К третьему типу критической ситуации относится конфликт (лат. *konfliktus* - столкновение) - столкновение противоположно направленных целей, смыслов, мотивов.

Четвертый тип критической ситуации - кризис (греч. krisis - решение, поворотный пункт) - характеризует состояние человека, порождаемое проблемой, от решения которой он не может уйти и не может разрешить ее привычным способом в короткий период времени.

Китайский символ слова «кризис» состоит из двух иероглифов, означающих опасность и возможность сделать что-либо.

Отталкиваясь от этого, Г. Хэмбли дает определение кризиса как опасной возможности с сопутствующей тревогой.

Г. Хэмбли выделяет два вида кризиса: жизненный (кризис развития) и случайный (кризис обстоятельств). К жизненным кризисам относятся основные события в жизни человека, такие как рождение, смерть, женитьба и т.д. Во многих случаях эти кризисы довольно предсказуемы, тем не менее они могут вызвать значительную стрессовую реакцию.

Кризисы второго вида, напротив, нельзя предвидеть.

Теория кризиса появилась сравнительно недавно в результате исследований Э. Линдемана, описанных в статье «Клиника острого горя».

Д. Каплан выделяет четыре стадии кризиса:

- 1) первичного роста напряжения (стимулирует привычные способы решения проблем);
- 2) дальнейшего роста напряжения в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными;
- 3) еще большего увеличения напряжения (требует мобилизации внешних и внутренних источников);
- 4) повышения тревоги и депрессии, для которой характерны чувства беспомощности и безнадежности, дезорганизация личности.

Кризис - это критический момент и поворотный пункт жизненного пути.

Выделяют три стадии в формировании кризиса.

1. Нормальная реакция на фрустрацию. При столкновении с проблемной ситуацией человек вначале использует прошлый опыт для того, чтобы справиться с ней, привычные способы решения и механизмы защиты. Но если привычные способы не работают, наступает вторая стадия.

2. Тревога. У человека возникают и нарастают ощущения неуверенности, страха, растерянности. Пробуются новые способы решения проблемы, уменьшается гибкость, напряжение преобладает. Человек нуждается в помощи со стороны. Если он не может получить помощь, наступает новая стадия.

3. Кризис. Характеризуется эмоциональной и интеллектуальной дезорганизацией, ощущением хаоса, человеку начинает казаться, что все ресурсы исчерпаны, и он не видит выхода из создавшейся ситуации. (злоупотребление алкоголем, наркотиками, психические нарушения, суицид).

В остро начавшемся кризисном состоянии выделяют четыре последовательные стадии:

- психотравмы (психического шока) - длится от нескольких часов до двух-трех суток;
 - дезорганизации - от одних суток до двух недель;
 - «принятия» (адаптация к утрате) - несколько недель;
 - восстановления - от нескольких недель до нескольких месяцев.
- Продолжительность кризисных состояний варьирует от трех-четырех недель до двух-трех месяцев, после чего их проявления редуцируются, и устанавливается новый уровень социально-психологической адаптации, зачастую более низкий, чем предшествующий кризису.

Задача консультанта - помочь человеку обрести контроль над ситуацией, обратиться к своим ресурсам и если не решить проблемы, так как не все проблемы в принципе решаемы, то все же увидеть возможности выбора.

Любой кризис сопровождается душевной болью, поэтому вызывает сильную реакцию. Психологу необходимо облегчить дискомфорт и вернуть его в состояние эмоционального равновесия, которое было до начала кризиса.

Если это происходит, кризис может быть преодолен, человек получает возможность обучиться использованию новых для него адаптивных реакций.

Кризис угрожает индивидуальному представлению о себе, идеальному образу Я и личным планам на будущее.

Люди, находящиеся в кризисном состоянии, практически не ориентированы на будущее, они не могут ставить цели, планировать, все их помыслы устремлены в основном в прошлое, настоящее их пугает.

Люди становятся все более безучастными ко всему, и их инициатива сменяется апатией.

Ряд кризисов могут быть результатом постепенно накапливающегося стресса. Запускающим фактором становится «последняя капля» - незначительное событие, последнее в ряду многих других трудностей и неприятностей, а не какое-то особое событие.

Данный кризис носит название кризис в отсутствии события. У этих кризисов нет видимых причин, и их нельзя отнести к какому-нибудь одному, вызывающему сильный стресс источнику. Не осознавая, что происходит, человек нередко создает кризисные ситуации, форсируя события до крайности.

Напряженная ситуация понимается как усложнение условий деятельности, которое приобрело для личности, группы или коллектива особую значимость.

Влияние напряженной ситуации на поведение человека зависит не только от характера задачи, конкретной обстановки, но и от индивидуальных особенностей, мотивов поведения, опыта, знаний, навыков, умений, свойств нервной системы, эмоционально-волевой устойчивости.

Напряженная ситуация, как и всякая ситуация, воплощает в себе единство субъективного и объективного.

- Объективное - это усложненные условия и процесс деятельности;
- Субъективное - состояние, установки, способы действий в резко изменившихся обстоятельствах.

Сила и продолжительность воздействия определяются психическим состоянием человека, его индивидуальными особенностями, подготовленностью.

Напряженная ситуация по содержанию может быть одной и той же, а формы ее отражения в психике личности разнообразные.

Любая напряженная ситуация характеризуется некоторыми чертами: внезапностью, неожиданностью, ломкой установок, напряженным психическим состоянием.

Поведение в напряженной обстановке определяется сочетанием двух психологических уровней регуляции, это дает основание представить напряженную ситуацию как сложный комплексный раздражитель.

- реакции первого уровня - приспособительные, автоматические акты;
- реакции второго уровня - активизирующие сложные интеллектуальные функции, формируют стратегию поведения.

Для оценки степени влияния напряженной ситуации используют показатели:

- физиологические сдвиги (вегетативные реакции);
- психические изменения (показатели психических процессов, определяющие успешность деятельности);
- изменения функционального уровня деятельности (результат деятельности).

Противостоять напряженной ситуации возможно, если индивиду присущи:

- физиологическая устойчивость благодаря физическим и физиологическим качествам организма;
- психическая устойчивость, обусловленная профессиональной подготовкой и общим уровнем качеств личности (специальные навыки действий в напряженной ситуации, наличие положительной мотивации, чувство долга);
- психологическая активность (активно-деятельное состояние, мобилизованность всех сил и возможностей на предстоящее действие).

Психологические формы реакций в напряженных ситуациях.

- Резкое понижение организованности поведения, что может выражаться в утрате ранее выработанных навыков, неиспользовании прошлого опыта в так называемых импульсивных, преждевременных и несвоевременных действиях.
 - Повышение общей чувствительности в напряженной ситуации нередко приводит к снижению надежности действий, появления торопливости и сумбурности в поведении;
 - Растерянности, замедленной реакции, нарушению логики рассуждения.
- Повышение эффективности деятельности выражается в целесообразной активности, четком восприятии и осмыслении появившихся осложнений, правильной их оценке, повышении самоконтроля, совершенствовании адекватных ситуации действий.*

В длительной напряженной ситуации человек успевает сориентироваться, но длительное напряжение постепенно истощает его физические и психические ресурсы, вызывая тем самым фрустрацию, апатию, истощение, подавление активности.

Психологическая травма: понятие, симптомы

Психологическая травма - это жизненная ситуация, характеризующая состояние нервно-психического напряжения, нарушение психического здоровья.

Главная характеристика психической травмы - ее патогенность для личности, зависит как от остроты, длительности, повторяемости, неожиданности, так и от уязвимости личности конкретной психической травмой.

Важной формой реагирования на психическую травму становится психологическая защита.

Восприятие ситуации как психотравмирующей во многом зависит от формирования и развития тревоги как сигнала к восприятию опасности.

Если сигнал не воспринимается или тревога чрезмерна, ситуация чревата возникновением психических расстройств. Для поддержания состояния психической устойчивости необходима не стабильность, а реактивность адаптации.

По интенсивности психические травмы делятся:

- на массивные (катастрофические) - внезапные и острые;
- ситуационные - острые, многопланового воздействия;
- - пролонгированные ситуации, действующие на протяжении многих лет (ситуация лишения свободы, близких, значимых отношений).

Посттравматический стресс (ПТС) - это болезненное, шокирующее переживание, реакция на сильнейший, экстремальный стрессовый фактор.

Симптомы:

- *психофизиологические* - тревожный сон, ночные кошмары, бессонница; дрожь и потливость; ломота в спине, спазмы желудка, головные боли;
- *психологические* - навязчивые мысли, яркие воспоминания пережитого потрясения; тревога, страх, ожидание опасности; рассеянность, отсутствие возможности здраво рассуждать; безразличие к тому, что прежде приносило радость; притупленность эмоций; агрессивность; нарушение памяти и концентрации внимания;
- *социальные* - чувство отстраненности от мира и от всего происходящего, нарушение отношений с окружающими, отстранение от контактов, стремление к уединению, отчуждение и самоизоляция, конфликты с окружающими и т.п.

*Тема: Расстройство адаптации или
приспособительных реакций*

Расстройство адаптации или приспособительных реакций - это патологическое состояние, которое возникает при невозможности приспособиться к жизненным изменениям и проявляется эмоциональными расстройствами, нарушением социальной адаптации и снижением работоспособности.

Заболевание относится к психогенным расстройствам невротического уровня.

Психогенные расстройства - это нарушения невротического или психотического уровня, которые возникают в результате воздействия значимых для человека потрясений и негативных жизненных ситуаций.

Человек с расстройством невротического уровня, в отличие от психотического, сохраняет адекватное восприятие и отношение к ситуации.

Ключевые факторы для развития расстройства адаптации:

- значимые и стрессогенные для индивида изменения жизненных обстоятельств;
- актуальная потребность индивида адаптироваться к изменившимся условиям;
- индивидуальные особенности нервно-психических реакций человека - сензитивность (повышенная чувствительность), мнительность, тревожность, эмоциональная лабильность.

Таким образом, для возникновения расстройства приспособительных реакций необходима индивидуальная предрасположенность и травмирующий фактор.

К развитию расстройства приспособительных реакций могут приводить следующие события:

- разрушение целостности и привычности социальных связей (например, разлука или тяжёлая утрата близкого человека);
- изменение социального окружения (переезд в другую страну);
- переломные моменты в жизни (смена учебного заведения, рождение ребёнка, увольнение);
- серьёзный смысловой кризис (безуспешные попытки достигнуть заветной личной цели или разочарование в достигнутом).

Распространённость расстройств, вызываемых стрессовым фактором, среди общей популяции колеблется от 1 до 12 %.

Симптомы расстройства адаптации (приспособительных реакций)

Проявление заболевания включает широкий спектр расстройств:

- ***депрессивная симптоматика*** - подавленное настроение, снижение самооценки и ощущение неспособности справиться с ситуацией, негативное и безнадёжное восприятие действительности, ментальная заторможенность, снижение волевых способностей, трудности в концентрации и принятии решений;
- ***тревожное состояние*** - напряжённость, настороженность, опасения по поводу потери контроля над собой или ситуацией;
- ***эмоциональная нестабильность*** - раздражительность, нервозность, импульсивность, трудности в контроле над эмоциональными реакциями, склонность к перепадам настроения, неадекватные реакции;
- ***астенические расстройства*** - утомляемость, снижение работоспособности, рассеянность, забывчивость, нарушение концентрации внимания;
- ***поведенческие расстройства*** - избегание социальных контактов, замкнутость, уход от общения, отказ от выполнения социальных обязательств, конфликтность, агрессивность, асоциальное поведение.

Симптоматика *вариабельна по форме и тяжести*, могут преобладать тревожные, депрессивные или поведенческие расстройства или наблюдаться смешанный вариант без одного выраженного вида нарушений.

Преобладание тех или иных симптомов зависит от индивидуальных особенностей личности и от конкретного социального обстоятельства. Например, *сензитивная молодая женщина при изменении места жительства (миграция, одиночество, проблемы с трудоустройством) отмечает депрессивную реакцию, а в силу своей мнительности испытывает тревожные состояния из-за необходимости общения с незнакомыми людьми.*

Важным для диагностики является *временной индикатор* - развитие симптомов происходит в течение одного месяца после влияния психосоциального стрессового фактора.

Депрессивная симптоматика в рамках расстройства адаптации может наблюдаться как в виде короткой депрессивной реакции (преходящего лёгкого депрессивного состояния) - не более одного месяца, так и в виде длительного депрессивного эпизода (в результате продолжительного действия стрессорной ситуации) - до двух лет.

Если речь не идёт о *продолгованной депрессивной реакции*, то *продолжительность астенических, аффективных и поведенческих расстройств обычно не превышает шести месяцев.*

Патогенез расстройства адаптации (приспособительных реакций)

В основе развития расстройства адаптации лежит сниженная способность человека анализировать, оценивать и приспосабливаться к меняющимся условиям и обстоятельствам жизни.

Иницирует развитие расстройства адаптации стрессовый фактор - ситуация или изменение условий, которые оцениваются и осознаются индивидом как угрожающие.

Стресс (по Т. Коксу, профессору психологии Ноттингемского университета) возникает как ответная реакция при значительных различиях между требованиями, предъявляемым к личности, и её способностью с этим требованиями справиться.

Психотравмирующий фактор может как запускать расстройство адаптации, так и влиять на состояние пациента на протяжении всего заболевания.

Таким образом, стрессовый фактор может быть как иницирующим (приводить к развитию расстройства), так и основным звеном патогенеза расстройства адаптации (присутствовать на протяжении всего заболевания).

Примеры стрессовых факторов: утрата близкого человека, миграция, потеря работы.

Невозможность достигнуть результатов, которые удовлетворяют значимые потребности, приводит к напряжённому состоянию.

Ожидаемый результат, запланированные (смоделированные) состояния или события не всегда соответствуют реальности.

Например, при переезде в другую страну человек может ожидать, что легко освоится и быстро найдёт работу, но сталкивается с трудностями и невозможностью воплотить свои планы. Именно это противоречие вызывает эмоциональную реакцию. Как следствие, активируются вегетативная нервная система и эндокринные механизмы, которые регулируют поведенческие реакции - выбрасывается в кровь адреналин из мозгового слоя надпочечников, секретируются кортиколиберин в гипоталамусе, адренокортикотропный гормон в гипофизе и глюкокортикоиды в коре надпочечников.

Адаптационные реакции организма при хроническом психоэмоциональном напряжении и перенапряжении состоят в активации целого ряда биологических процессов.

Этот комплекс вегетативных и энергетических сдвигов эквивалентен первой стадии стресса - мобилизации энергетических ресурсов для срочного решения жизненно важной задачи.

Внезапное изменение условий существования вызывает реакцию тревоги, которая заключается в настораживании (поведение), выбросе в кровеносное русло стрессорных гормонов (эндокринология) и активации вегетативной системы (физиология).

В дальнейшем тревога сменяется развернутым стрессорным ответом. Ущерб здоровью наносят неблагоприятные изменения условий существования, избежать которых не удалось к тому времени, когда защитные ресурсы организма оказались исчерпаны.

Круг стресса

Важное звено в развитии расстройств адаптации - индивидуальные особенности нервно-психического реагирования человека, его сверхчувствительность и уязвимость.

Черты личности, предрасполагающие к появлению расстройства:

- сензитивность;
- ранимость;
- мнительность;
- импульсивность;
- повышенная тревожность;
- депрессивная настроенность (склонность драматизировать ситуацию);
- негативный опыт адаптации к различным жизненным ситуациям в прошлом;
- сниженная самооценка;
- незрелость личности.

Психотравмирующий фактор вызывает и поддерживает дезадаптивный патологический ответ организма в виде аффективных и поведенческих расстройств.

В результате запускается патогенетический динамичный цепной процесс.

Например, потеря работы (основного источника средств существования) вызывает подавленное состояние, чувство утраты контроля за ситуацией, тревожные мысли, ощущение бесполезности действий. Это может привести к самоизоляции и нарушить взаимодействие с социумом.

Такие изменения вызывают аффективные, в первую очередь депрессивные расстройства, которые не помогают решить проблемы, а наоборот, ухудшают ситуацию.

Развитию расстройств адаптации часто способствуют социальные факторы, такие как отсутствие поддержки со стороны окружения.

Классификация и стадии развития расстройства адаптации (приспособительных реакций)

Заболевание классифицируется в зависимости от преобладающих симптомов и временного фактора.

Виды расстройств адаптации:

- лёгкое и преходящее депрессивное состояние, которое длится не более одного месяца;
- пролонгированная депрессивная реакция, которая продолжается до двух лет;
- смешанная тревожная и депрессивная реакция с выраженными симптомами тревоги и депрессии;
- аффективная реакция с преобладанием других негативных эмоций - напряжённости, беспокойства, раздражительности, тревожности, подавленности, гневливости и невротического регрессивного поведения у детей (сосание пальцев или энурез).
- нарушение поведения - помимо менее выраженных аффективных состояний, основными проявлениями являются поведенческие проблемы и реакции, например у пациентов подросткового и юношеского возраста реакция горя выражается агрессивным, девиантным, асоциальным поведением.
- состояние со смешанными расстройствами эмоций и поведения - выражены аффективные проявления и нарушение поведения.

Выделяют три стадии расстройства адаптации:

- Стадия субклинических проявлений - эмоциональная нестабильность, астения, преходящие нервно-вегетативные реакции в виде головной боли и нарушений сна.
- Стадия клинических проявлений - развёрнутый симптомокомплекс в рамках классификации, указанной выше.
- Стадия редукции болезненных проявлений — компенсация аффективной симптоматики и поведенческих проблем, нормализация адаптационных процессов.

Осложнения расстройства адаптации (приспособительных реакций)

Осложнения расстройства адаптации могут развиваться в нескольких направлениях.

1. Утяжеление имеющейся симптоматики и нарастание дезадаптационных процессов.

Аффективные реакции, депрессивная и смешанная тревожно-депрессивная симптоматика выходят за рамки собственно реакции (то есть кратковременного нарушения в течение нескольких дней), развертываясь в клинически сформированное депрессивное или тревожно-депрессивное расстройство.

При этом происходит полный или частичный отрыв от первоначальной причины - стрессогенный фактор уже не является основной для развития развёрнутого клинического синдрома.

2. Развитие невротических и соматоформных расстройств - расширение симптомокомплекса нервно-психических расстройств, к которому могут присоединяться навязчивые состояния, панические атаки, вегетативные расстройства (болевые ощущения различной локализации, ощущения сердцебиения, жара, головокружение, чувство тошноты).

Существует риск развития или обострения психосоматических заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, астматический бронхит и другие.

3. Формирование невротического (патохарактерологического) развития личности - хронизация невротических расстройств при неразрешении вызвавших их внешних причин.

У пациента закрепляются и развиваются личностные невротические изменения - повышенная тревожность, эмоциональная нестабильность, психическая и поведенческая неустойчивость, астенизация.

При этом непосредственная связь невротических расстройств с конкретными психогенными факторами теряется, часто возникает декомпенсация невротических нарушений. Как правило, при выраженных невротических расстройствах возникает через 3-5 лет.

Диагностика расстройства адаптации (приспособительных реакций)

Диагностикой и лечением расстройств адаптации занимается врач-психотерапевт.

Основные критерии диагностики:

- расстройство адаптации всегда является следствием острого выраженного стресса или продолжительного травмирования стрессогенной ситуацией. *(Как указано в МКБ-10, "стрессовые события или продолжительные неприятные обстоятельства являются первичным или преобладающим причинным фактором, и расстройство не могло бы возникнуть без их влияния»);*
- симптомы развиваются в течение одного месяца после воздействия психосоциального стрессового фактора;
- наличие переменных по форме и тяжести клинических симптомов (аффективные и поведенческие расстройства, астено-вегетативные проявления - при выраженном астеновегетативном синдроме может потребоваться комплексное медицинское обследование);
- отражение стрессовой ситуации в переживаниях больного и в наблюдаемой симптоматике (тема неблагоприятного и стрессогенного фактора доминирует в высказываниях пациента, улучшение состояния увязывается с решением возникшей жизненной проблемы);
- симптомы расстройства адаптации не продолжаются более шести месяцев после завершения воздействия стресса или его последствий (за исключением пролонгированной депрессивной реакции) [10].

Для диагностики проводится психопатологическое изучение симптоматики, клиническая оценка состояния больного, учитываются анамнез, общесоматический и неврологический статус, анализируется динамика развития расстройства.

Клиническое психологическое исследование личности пациента проводится следующими методами:

- модифицированный цветовой тест Люшера;
- стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (адаптированный вариант ММРІ);
- ДМО - метод диагностики межличностных отношений (адаптированный опросник Т. Лири, в ред. Собчик Л.Н., 1998)

Дифференциальная диагностика проводится с невротическими расстройствами, в клинике которых преобладает тревожная и/или депрессивная симптоматика (генерализованное тревожное расстройство или депрессивный эпизод) и с заболеваниями, вызванными стрессовыми факторами (острая реакция на стресс и посттравматическое стрессовое расстройство).

Дифференциальную диагностику также следует проводить с заболеваниями щитовидной железы, которые могут приводить к повышению тревожности, депрессии и когнитивным нарушениям.

Лечение расстройства адаптации (приспособительных реакций)

В большинстве случаев достаточно амбулаторного лечения.

При выраженных расстройствах (например, при попытках суицида) для отстранения пациента от актуальной психотравмирующей ситуации, а также для подбора эффективной терапии при резистентных состояниях, показано стационарное лечение или условия дневного стационара.

Терапия данного вида расстройств включает фармакотерапию, психотерапию и терапию средой.

Фармакотерапия назначается с учётом характерной для невротических и эмоционально нестабильных больных чувствительности к побочному действию психотропных лекарственных средств.

Фармакотерапия при расстройствах адаптации зачастую проводится в форме коротких курсов и является предпосылкой для психотерапии.

Психотерапия при расстройствах адаптации зачастую играет ведущую роль.

Наиболее эффективными подходами считаются:

- краткосрочная бихевиоральная психотерапия - коррекция приобретённых стереотипов поведения, формирование и закрепление эффективных моделей поведения "здесь и сейчас";
- когнитивная психотерапия - коррекция неэффективных и неадаптивных шаблонов мышления, убеждений и установок;
- экзистенциальная психотерапия - принятие и поддержка, содействие в актуализации потенциала пациента, его аутентичности и спонтанности;
- релаксационные методы - аутогенная тренировка, дыхательная гимнастика, медитативные практики.

При необходимости проводится семейное консультирование, социальная поддержка в виде семейной и групповой психотерапии. К таким видам психотерапии относятся совместная занятость по интересам с активной инициативой самих пациентов, комфортные и эстетически позитивные условия быта, проведение тренинговых занятий по обучению новым навыкам адаптации.

Психотерапия при расстройствах адаптации способствует прерыванию и/или

При необходимости проводится семейное консультирование, социальная поддержка в виде семейной и групповой психотерапии.

К таким видам психотерапии относятся совместная занятость по интересам с активной инициативой самих пациентов, комфортные и эстетически позитивные условия быта, проведение тренинговых занятий по обучению новым навыкам адаптации.

Психотерапия при расстройствах адаптации способствует прерыванию и/или снижению действия психотравмирующих механизмов и активирует адаптационные процессы.

Длительность стационарного лечения составляет до 30 дней.

После стационарного лечения рекомендуется амбулаторная (поддерживающая) терапия от трёх недель до 12 месяцев в случае неустойчивой ремиссии.

Длительность амбулаторного лечения варьирует от трёх недель до 12 месяцев. Ожидаемые результаты лечения - полное или значительное уменьшение клинических симптомов расстройства адаптации.

Об успешности лечения можно судить по субъективным и объективным показателям.

Объективными показателями являются:

- восстановление или компенсация социального статуса пациента, например трудоустройство или продолжение учёбы;
- улучшение внутрисемейных отношений;
- "возвращение" пациента к реализации планов, своим интересам, занятиям.

Субъективные показатели:

- хорошее самочувствие;
- отсутствие жалоб на психическое состояние;
- нормализация настроения;
- эмоциональная стабильность;
- оптимальная работоспособность.

Прогноз.

Прогноз благоприятный при эффективном лечении, а именно устранении или ослаблении эмоциональных расстройств, **выработке способности адаптироваться без медикаментов, восстановления самооценки и социальной и профессиональной адаптации.**

Большое значение для закрепления результата лечения и укрепления эмоционально-психологического состояния имеет социальная и психологическая поддержка со стороны близких и позитивные средовые факторы.

Профилактика.

Профилактикой расстройств адаптации служат полноценное развитие личности, отсутствие невротических расстройств в анамнезе, сбалансированная самооценка, социальная поддержка.

Существенное значение имеют индивидуально-психологические особенности личности, особенности воспитания, благоприятные условия среды.

Большую роль играет семья как основополагающий фактора, формирования личности.

Эмоциональный комфорт, понимание и поддержка со стороны близких людей способствуют самореализации и самопринятию личности, формирование адекватной самооценки и уровня притязаний, отработке и закреплению эмоциональных и поведенческих реакций.

Повышение адаптационных возможностей организма, как правило, происходит на психобиологическом и психосоциальном уровне.

Психобиологический уровень включает общее состояние здоровья (в первую очередь состояние вегетативной нервной системы), особенности темперамента и характерологические черты личности, обусловленные, в большей степени, генетическими факторами, а также особенности психоэмоционального реагирования.

Профилактика на данном уровне включает:

- приверженность к здоровому образу жизни (правильное питание, общая физическая подготовка);*
- развитие творческих и познавательных навыков;*
- стремление к саморазвитию;*
- позитивный настрой;*
- развитие навыков преодоления негативных эмоциональных переживаний.*

Психосоциальный уровень включает поведенческие и коммуникативные навыки, обусловленные особенностями воспитания и культурными традициями семьи и среды проживания, а также степенью личностной зрелости индивида, особенностями самооценки и морально-этических установок.

На психосоциальном уровне формируются специфические адаптационные механизмы:

- умение идентифицировать стрессогенные факторы (в том числе избегать токсичных связей);
- контролировать психологическое состояние;
- своевременно снижать психологическое напряжение;
- находить и принимать психологическую помощь со стороны окружающих, в том числе профессиональную психологическую помощь.

Тема : Здоровье - психическое и социальное.

По уставу ВОЗ, «здоровьем является состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

П. И. Калью рассмотрел 79 определений здоровья, сформулированных в разных странах мира, в различное время и представителями различных научных дисциплин.

Среди определений встречаются следующие:

1. Здоровье - нормальная функция организма на всех уровнях его организации, нормальный ход биологических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству.
2. Динамическое равновесие организма и его функций с окружающей средой.
3. Участие в социальной деятельности и общественно полезном труде, способность к полноценному выполнению основных социальных функций.
4. Отсутствие болезни, болезненных состояний и изменений.
5. Способность организма приспосабливаться к постоянно изменяющимся условиям внешней среды.

Согласно Калью, все возможные характеристики здоровья могут быть сведены к следующим концепциям:

- Медицинская модель - для определений, содержащих медицинские признаки и характеристики; здоровье как отсутствие болезней и их симптомов.
- Биомедицинская модель - отсутствие субъективных ощущений нездоровья и органических нарушений.
- Биосоциальная модель - включаются рассматриваемые в единстве медицинские и социальные признаки, при этом приоритет отдаётся социальным признакам.
- Ценностно-социальная модель - здоровье как ценность человека; именно к этой модели относится определение ВОЗ.

Многие заболевания в сфере организма берут свое начало на психологическом уровне.

Из глубокой древности известно, что нередко болезни тела проистекают от мыслей, их содержания, что, иначе говоря, состояние тела и мысли взаимосвязаны. Мысль, утверждающая здоровье, оздоравливающе действует на весь организм, и наоборот. Мысли негативные, разбросанные, неуверенные, наполненные злобой и ненавистью оказывают разрушающее воздействие на состояние органов физического тела.

Результаты многих проведенных исследований показали, что свойства личности - важнейший фактор, влияющий на здоровье.

Обобщая данные разных авторов, **В. И. Гарбузов** группирует черты личности, предопределяющие различные психосоматические заболевания.

Гарбузов, Виленин Исаакович

Профессор, психоневролог, психотерапевт, философ, писатель.

Образование - с отличием 1-й Ленинградский медицинский институт (1955).



Итак, болезнь угрожает:

- решительным, активным, но при этом чрезвычайно честолюбивым, склонным брать на себя слишком много; чрезмерно и напряженно работающим;
- отличающимся повышенным чувством ответственности, долга, высокотребовательным к себе;
- добросовестным до педантичности, прямолинейным, бескомпромиссным, болезненно реагирующим на оценку себя со стороны окружающих;
- предрасположенным к сосредоточению на отрицательных эмоциях, к стремлению во всем обвинять себя; сдержанным до скрытности, жестко контролирующим свои эмоции вплоть до их подавления;
- лицам, которые с трудом приспосабливаются к быстро изменяющимся условиям жизни; нестойким в отношении неприятностей, неудач, агрессии со стороны других, крайне ранимым, тревожным и мнительным, склонным во всем уступать другим;
- лицам, неспособным выразить в словах свои эмоции, желания, претензии;
- не обладающим способностью глубоко осмыслить свое положение.

В.И.Гарбузов выделил также *«психосоматический профиль»*, т. е. те личностные характеристики, которые присущи людям, идущим по пути к психосоматической патологии. Это:

- ущемленное чувство достоинства;
- эгоцентричность (эгоизм);
- сужение интересов (однобокость устремлений, переживаний);
- тенденция к фанатизму;
- чрезмерно высокий уровень притязаний;
- несоответствие притязаний возможностям;
- агрессивность;
- постоянная демонстрация сверхмужественности, «суперменства», особенно если в действительности человек этим не обладает;
- истероидность, когда все - на надрыве, с перехлестом и ожесточением.

Были выделены типы личности, предрасположенные к заболеваниям определенного вида.

Тип А - ряд личностных особенностей, наличие которых повышает вероятность возникновения у индивида заболеваний сердечно-сосудистой системы. Впервые описано американскими кардиологами Мейером Фридманом и Реем Розенманом в 1959 году.

Данный тип поведения связан с такими личностными особенностями как напряжённая борьба за достижение успеха, соперничество, легко провоцируемая раздражительность, сверхобязательность в профессии, повышенная ответственность, агрессивность, а также чувство постоянной нехватки времени.

Факторы развития

Поведение типа А является следствием накопления эффектов длительного переживания негативных функциональных состояний, постоянной эмоциональной напряженности при отсутствии осознанной саморегуляции.

Выделяют 3 компонента, обладающих наибольшей патогенностью: конкурентность, нехватка времени, враждебность.

За частую тип А поведения поощряется самой спецификой вида труда. Как правило, подобного рода профессиональная деформация характерна для представителей руководящих должностей, менеджеров среднего и высшего звена, работа которых связана с высокими нагрузками и ответственностью за достижение результата. Нередко от последствий поведения типа А страдают представители спортивных профессий, в деятельности которых поощряется конкурентность и целеустремленность.

Поведение типа А - прижизненно формируемый конструкт, не являющийся врождённой формой поведения личности.

Фридман и Розенман заключили, что поведенческая модель типа А является главной причиной коронарной недостаточности и обусловленных этим нарушений кровотока.

Вероятность инфарктов и развития тяжелых форм гипертонии у лиц, находящихся в группе риска в 4,5-6 раз выше, чем у людей со сбалансированным типом поведения.

У людей с поведением типа А увеличение кровяного давления, частоты сердцебиений и выделения стрессовых гормонов в ответ на стрессогенные факторы гораздо выше, чем у остальных.

Их симпатическая нервная система оказывается сверхчувствительна по отношению к стрессорам. Поведение типа А может также сопровождаться завышенной оценкой конкурентов и недооценкой своих собственных сил, что приводит к неуверенности в себе, гиперактивности и, как следствие, к снижению эффективности работы.

К типу В относят людей, противоположных по своему складу личности типу.

У них в 6 раз меньше вероятность сердечных заболеваний, в том числе высок иммунитет к развитию ишемической болезни сердца. Это неагрессивные, не ощущающие бега времени люди, не склонные к соревнованию, спокойные, неспешные и умеющие расслабиться. Они взвешенно смотрят на то, когда им следует включаться в работу и насколько погружаться в нее.

Тип С - еще один тип личности. Люди, относящиеся к этому типу, особо подвержены раковым заболеваниям. Как правило, такие люди не предрасположены к внешнему проявлению раздражения и гнева.

Испытывая сильные чувства, они редко показывают их, загоняют переживания внутрь себя, поддаваясь при этом ощущениям страха, беспомощности, безнадежности. Они высоко чувствительны к стрессу, но при этом мало способны к разрядке негативных эмоций, снятию напряжения.

Этих людей отличают уступчивость, подчиняемость, неуверенность в себе и терпеливость. Их могут вывести из равновесия такие межличностные проблемы, как зависть и конкуренция; они легко теряют надежду, становятся беспомощными, впадают в депрессию.

Уровень социального здоровья, заключается в полноценном выполнении человеком своих социальных функций.

Социальное здоровье определяется как количество и качество межличностных связей индивидуума и степень его участия в жизни общества.

Среди факторов, оказывающих особенно заметное влияние на состояние социального здоровья, ведущая роль отводится профессиональной деятельности и семейным отношениям.

При этом, характер отношений родителей, определяющий в целом психологическую атмосферу в семье является центральным моментом.

Исследования показали, например, что развод родителей на несколько лет укорачивает жизнь детей. Семейные люди живут дольше одиноких, особенно если их брак стабилен. С одной стороны, основанные на чувстве разделенной любви, взаимном уважении и доверии отношения супругов благотворно воздействуют на их здоровье. С другой, как установили ученые из Бостонского университета,- смерть любимого человека в 14 раз повышает вероятность развития инфаркта у овдовевшего супруга.

Выявлены типы родительских семей, предрасполагающие к развитию психосоматических заболеваний детей. Так, Абрамова и Юдчиц выделяют следующие типы:

1. «Связывание» - это семья, в которой сложились жесткие стереотипы коммуникаций; при этом дети становятся инфантильными, отстают в эмоциональном развитии. Формула общения в такой семье: «Делай, как я тебе сказал».

2. «Отказ» («отвержение») - ребенок как бы «отказывается» от себя, от своей личности. У него развивается аутизм и тенденция к автономности.

3. «Делегирование» - родители потеряли реалистичное восприятие достижений своих детей; они воспринимают их как продолжение себя, возлагая надежды на осуществление своих несбывшихся планов на детей .

Семейное неблагополучие само по себе может стать причиной развития целого ряда психосоматических заболеваний (таких, например, как бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и др.).

Среди других факторов социального уровня, оказывающих влияние на здоровье человека - *умение оберегать и поддерживать контакты с друзьями, не замыкаясь на себе, и умение налаживать в целом социальные связи, хорошие взаимоотношения с другими людьми.*

Нарушения в сфере социального здоровья могут быть обусловлены доминированием определенных личностных свойств (конфликтности, эгоцентризма и др.).

Вредное влияние на здоровье оказывает и такая черта характера, как «коммуникационное доминирование». Люди, которым она свойственна, всеми силами пытаются доминировать в компании, перебивают в разговоре собеседника, стремятся навязать свою точку зрения. *(Исследование, проведенное учеными из медицинского центра Университета Дьюка, показало, что люди с такой чертой характера имеют на 60% больше шансов умереть в раннем возрасте, чем те, кто, напротив, склонен к спокойному общению и компромиссам, умению договариваться).*

Асоциальная личность с присущими ей соответствующими чертами и стилем поведения не может считаться здоровым человеком.

Криминальная ориентация, приверженность алкоголизму и наркомании, религиозный фанатизм (сектантство), политический экстремизм влекут за собой разрушительные последствия в сфере психического и физического здоровья.

Что находит проявление в агрессивности, неприятии инакомыслия, сужении сферы жизненных интересов, догматическом мышлении, эмоциональной экспрессии или тупости, а также имеет продолжение в функциональных расстройствах (заболеваниях нервной системы), органических поражениях (язвы, инфаркты, инсульты, онкологические заболевания и др.).

Критерии психического и социального здоровья

О. Н. Кузнецов и В. И. Лебедев, анализируя представления Ф. М. Достоевского о психическом здоровье и болезни человека, выделяют некоторые признаки, которые могут, на их взгляд, рассматриваться в качестве критериев психического здоровья.

К их числу авторы относят способность адекватного восприятия окружающей среды и осознанного совершения поступков, целеустремленность, работоспособность, активность, полноценность семейной жизни (Достоевский о тайнах психического здоровья. - М, 1994).

Перечень критериев психического здоровья (по Н. Д. Лакосиной и Г. К. Ушакова).

- причинную обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность;
- соответствующую возрасту человека зрелость чувств, постоянства места обитания;
- максимальное приближение субъективных образов отражаемым объектам действительности;
- гармонию между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней;
- соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражений;
- критический подход к обстоятельствам жизни;
- способность самоуправления поведением в соответствии с нормами, установившимися в разных коллективах;
- адекватность реакций на общественные обстоятельства (социальную среду);
- чувство ответственности за потомство и близких членов семьи;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций;
- самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных его членов;
- способность планировать и осуществлять свой жизненный путь .

В рамках гуманистического направления предлагались, согласно И. Н. Гурвичу, следующие критерии позитивного психического здоровья:

- аттитюды к «Я»;
- рост, развитие и самоактуализация личности;
- интеграция личности; автономия;
- адекватность восприятия реальности; мастерство и компетентность в отношении окружения.

Один из представителей гуманистического направления, американский психолог А. Маслоу полагает, что **здоровый человек - это прежде всего человек счастливый, живущий в гармонии с самим собой, не ощущающий внутреннего разлада, защищающийся, но не нападающий первым ни на кого.**

Им же сформулированы и основные потребности здорового человека, к которым Маслоу относит:

- физиологические потребности;
- потребность в безопасности;
- потребность в привязанности и любви;
- потребность в уважении;
- потребность в самоактуализации, т. е. в выражении присущих личности способностей.

Американский психолог А. Эллис выделяет следующие критерии:

- интерес к самому себе;
- общественный интерес;
- самоуправление (самоконтроль);
- высокую фрустрационную устойчивость;
- гибкость;
- принятие неопределенности;
- ориентацию на творческие планы;
- научное мышление;
- принятие самого себя;
- риск;
- длительный гедонизм;
- нон-утопизм;
- ответственность за свои эмоциональные нарушения.

Из психических процессов чаще упоминаются:

- максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности (адекватность психического отражения);
- адекватное восприятие самого себя;
- способность концентрации внимания на предмете;
- удержание информации в памяти;
- способность к логической обработке информации;
- критичность мышления;
- креативность (способность к творчеству, умение пользоваться интеллектом);
- дисциплина ума (управление мыслительным потоком).

В сфере психических состояний в их число обычно включают:

- эмоциональную устойчивость (самообладание);
- зрелость чувств соответственно возрасту;
- совладание с негативными эмоциями (самые разрушительные из них - страх, гнев, жадность, зависть);
- свободное, естественное проявление чувств и эмоций;
- способность радоваться;
- сохранность привычного (оптимального) самочувствия.

Среди свойств личности - это:

- оптимизм;
- сосредоточенность (отсутствие суетливости);
- уравновешенность;
- нравственность (честность, совесть и др.);
- адекватный уровень притязаний;
- чувство долга;
- уверенность в себе;
- не обидчивость (умение освобождаться от затаенных обид);
- независимость;
- непосредственность, (естественность);
- чувство юмора;
- доброжелательность;
- самоуважение;
- адекватная самооценка;
- самоконтроль;
- воля;
- энергичность, активность;
- целеустремленность (обретение смысла жизни) .

Особое значение среди критериев психического здоровья личности придается степени ее интегрированности, гармоничности, консолидированное, уравновешенности, а также таким составляющим ее направленности, как духовность (доброта, справедливость и др.); ориентация на саморазвитие, обогащение своей личности.

Социальное здоровье находит отражение в следующих характеристиках: адекватное восприятие социальной действительности; интерес к окружающему миру; адаптация (равновесие) к физической и общественной среде; направленность на общественно полезное дело; культура потребления; альтруизм; эмпатия; ответственность перед другими; бескорыстие; демократизм в поведении.

Наиболее типичные признаки психического нездоровья, неблагополучия.

В сфере психических процессов:

- неадекватное восприятие самого себя, своего «Я»;
- нелогичность;
- снижение когнитивной активности;
- хаотичность (неорганизованность) мышления;
- категоричность (стереотипность) мышления;
- повышенная внушаемость;
- некритичность мышления.

К психическим состояниям обычно относят

- аффективную тупость;
- беспричинную злость;
- враждебность;
- ослабление как высших, так и низших инстинктивных чувств;
- повышенную тревожность.

Среди свойств личности можно отметить:

- зависимость от вредных привычек;
- уход от ответственности за себя;
- утрата веры в себя, свои возможности;
- пассивность («духовное нездоровье»).

В целом **нездоровая личность** достаточно дезинтегрирована; ей присущи утрата интереса, любви по отношению к близким; пассивная жизненная позиция.

В плане самоуправления она отмечается неадекватностью самооценки; ослабленным (вплоть до утраты) или, напротив, неоправданно гипертрофированным самоконтролем; ослаблением воли.

Ее социальное неблагополучие проявляется в неадекватном восприятии (отражении) окружающего мира; дезадаптивном поведении; конфликтности; враждебности; эгоцентризме (выливающимся в жесткость и бессердечность); стремлении к власти (как самоцель); вещизме и др.

