

## ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Л.Н. Дегтярева, О.А. Немышева  
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

## ISSUES OF MEDICAL PSYCHOLOGY

L.N. Degtyareva, O.A. Nemysheva  
North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St Petersburg, Russia

© Л.Н. Дегтярева, О.А. Немышева, 2016 г.

В лекции представлены сведения о возрастных особенностях развития личности, этапах формирования семьи и о взаимоотношениях врача с пациентами.

**Ключевые слова:** медицинская психология, типы личности, отношения «врач — пациент».

The lecture provides information about the age features of personality development, stages of the family formation and physician's relationships with patients.

**Keywords:** medical psychology, personality types, the relationship "doctor - patient".

Семейный врач общается с пациентом как с человеком, имеющим свою историю — социальную и генетическую, поэтому ему необходимы знания о психологических особенностях формирования и развития личности на разных этапах жизни. Представления о возрасте у человека связаны с понятиями условной *возрастной шкалы*, самосознания и самооценки личности, жизненного опыта и приобретенных знаний, взаимоотношений (адаптации) в социальной среде. Большое значение имеют уклад и взаимоотношения в семье, распределение ролей и обязанностей, навыки общения и социального поведения, приобретенные в раннем возрасте.

На разных этапах жизненного пути в характер человека привносятся все новые и новые «факторы влияния». Это могут быть взаимоотношения с другими людьми, адаптация в коллективе, выполнение требований преподавателей и т. д. В последующем все более четко определяются собственные интересы и формируются система жизненных ценностей, которая и будет определять самооценку личности, и взаимоотношения с внешним миром.

### 1. Краткая характеристика основных типов личности

На протяжении всей истории человечества предпринимались многочисленные попытки определить *типы человеческих личностей*,

или профилей. В основу таких классификаций входили комбинации личностных черт, объединенных либо по биологическим признакам, либо особенностями индивидуального психического развития, приводящего к выделению ведущих компонентов психической организации.

Личность человека сложна и уникальна. Мы всегда можем отличить одного человека от другого, но в то же время между несколькими людьми всегда можно найти общие черты. Во все времена ученые изучали эти различия и сходства, старались объединить людей в определенные группы, классифицировать поведение. Со времен Гиппократа прошло уже много веков, но до сих пор не заканчиваются регулярные исследования типов поведения человека и множатся классификации личностей. Проблемами типологии личности занимались такие ученые, как Юнг, Айзенк, Фромм, Кречмер, Шелдон, Лазурский, Павлов, Кант, Декарт, Фрейд и многие другие исследователи. Можно вспомнить античные классификации, выделяющие сангвиников, флегматиков, холериков и меланхоликов. Кречмер и Шелдон пытались связать характер человека с его физической конституцией, а И.П. Павлов разделял человечество по принципу доминирования I или II сигнальной системы и т. д. Сотни психологических тестов, используемых с различными целями в настоящее время, создают бесконечное

разнообразии возможностей для выделения личностных типов.

**Личность** определяется как складывающаяся в течение всей жизни человека психологическая система, которая обуславливает стереотипы индивидуальных отношений к действительности и самому себе (*самооценка*), намерения, цели и возможности активного поведения человека в среде (*деятельность*), форму и характер поведения, а также доминирующий способ переживаний происходящего в жизни [1–4].

Человек проделывает долгий путь развития от осознания ребенком своего «я» — через осознание своего места среди других и принятие социальных норм — к периоду профессионального развития, гармоничного совершенствования.

Можно выделить четыре основных этапа в развитии человека: пренатальный, детство, отрочество и зрелость. На каждом этапе формируется совокупность внутренних свойств, намечающих возможность реализации стратегии поведения в будущем. Условно из процессов формирования нужно выделить физическое, половое, когнитивное и нравственное, личностное и социальное развитие человека. Все эти элементы формируются в неразрывной связи друг с другом. Физическое формирование человека проходит в процессе развития физических, сенсорных и двигательных функций организма. Интеллектуальное (когнитивное, умственное) развитие личности происходит в процессе постепенного накопления знаний. Под влиянием эмоций (страх, гнев, радость, отвращение и т. д.) идет закрепление процессов практического мышления, выделение «я», понимание своей способности к анализу окружающего мира. Одновременно совершается формирование нравственных ценностей, имеющих мужскую и женскую ориентацию. Слияние различных психических качеств, их стабилизация и устойчивость и создает тот сплав человеческих особенностей, который рассматривается как личность [3–5].

Как дань древней истории вопроса и как хорошую ссылку ко многим произведениям художественной литературы приведем описание личностных темпераментов, выделенных Гиппократом.

**Сангвиник** — характеризуется высокой активностью, энергичностью, живостью движений и богатством выразительных движений, мимики. Общителен, легко меняет одно занятие на другое. В проблемных ситуациях реагирует адекватно и конструктивно. Обычно хорошо обучается. При неблагоприятных условиях и отсутствии воспитания у сангвиника могут

развиться поспешность, поверхностность, легкомыслие в поступках, невнимательность.

**Флегматик** — тип темперамента, характеризующийся спокойствием и ровным настроением. Обычно флегматик медлителен и рассудителен. Мимика и движения невыразительны, медлительны. Долго «раскачивается» перед работой или принятием решения, но последователен и терпелив.

**Холерик** — активный, энергичный, быстрый, резкий, порывистый, безудержный. Обычно склонен к быстрым сменам настроения, вспыльчивый, подвержен эмоциональным срывам, иногда агрессивен.

**Меланхолик** — его характеризует низкий уровень психологической активности, замедленность движений, сдержанность речи и быстрая утомляемость. Меланхолика отличают высокая эмоциональная активность, глубина и устойчивость эмоций при слабых внешних проявлениях. Может быть раним и замкнут.

Но в жизни чаще всего приходится встречаться не с «чистыми» психологическими типами, а со всевозможными комбинациями проявления темперамента и характера.

Человеческая психика пребывает в постоянном взаимодействии с внешним и внутренним миром человека. Естественное следствие многообразия проявлений психической активности человека — стремление найти ту комбинацию черт, которую можно было бы считать «нормальной». Вероятно, к подобным определениям следует подходить весьма осторожно, поскольку, как, казалось бы, позитивные, так и негативные черты легко могут перетекать в свою противоположность в зависимости от того, с какими качествами они сочетаются, в какой жизненной ситуации они проявляются. Можно привести замечательное определение Ж. Годфруа: «...человеческая природа, скорее всего, соответствует той „психической зоне“, в которой пребывает около 70 % всех людей, и которая располагается между полюсом психической уравновешенности и полюсом патологии. „Нормальным человеком“ можно считать всякого, кто уживается со всеми своими недостатками, заботясь о том, чтобы они не мешали окружающим. Чье поведение не всегда „адаптивно“, но приемлемо для других, кто, хоть и с грехом пополам, но удовлетворяет свои потребности, не превращая свои проблемы в „боль человечества“. Кто умеет использовать меры психологической защиты для преодоления тревоги или депрессии» [6]. К «нормативным» (но не уравновешенным) относятся и те из нас, кто обладает необычной развитостью отдельных личностных качеств. Такие люди рассматриваются как «акцентуированные личности». Однако более оправданно оце-

нивать подобные особенности не как личностные, а как характерологические.

*Акцентуация характера* — чрезмерная выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, представляющая крайние варианты нормы, граничащие с психопатиями. Акцентуация характера отличается от психопатии отсутствием триады признаков, свойственных психопатиям: стабильности характера во времени, тотальности его проявлений во всех ситуациях, социальной дезадаптации. Для акцентуации характера характерна уязвимость личности по отношению к определенным психотравмирующим воздействиям, направленным к «слабому месту» данного типа характера, при этом к другим воздействиям будет сохраняться устойчивость.

Как и другие психологические феномены, акцентуации характера имеют весьма разнообразную динамику, зависящую во многом от жизненных обстоятельств, развития интеллекта и эмоциональности, образования и профессиональной деятельности.

В зависимости от степени выраженности различают явные и скрытые (латентные) акцентуации характера. Оформляясь к подростковому возрасту, большинство акцентуаций, как правило, со временем сглаживается, компенсируется.

Семейный врач уже при первой беседе обращает внимание на особенности поведения пациента, его характерологические черты. В дальнейшем, при знакомстве с историей его развития и семьей, возникает возможность определения, имеются или нет акцентуации или расстройства личности.

Основные типы акцентуации характера [5, 7, 8].

*Циклоидный* — чередование фаз хорошего и плохого настроения с различным периодом.

*Гипертимный* — постоянно приподнятое настроение, повышенная психическая активность с жадой деятельности и тенденцией разбрасываться, не доводя дело до конца.

*Лабильный* — резкая смена настроения в зависимости от ситуации.

*Астенический* — быстрая утомляемость, раздражительность, склонность к депрессии и ипохондрии.

*Сенситивный* — повышенная впечатлительность, боязливость, обостренное чувство собственной неполноценности.

*Психастенический* — высокая тревожность, мнительность, нерешительность, склонность к самоанализу, постоянным сомнениям и рассуждениям на волнующие темы.

*Шизоидный* — отгороженность, замкнутость, интроверсия, эмоциональная холодность, проявляющаяся в отсутствии сопереживания, трудностях установления эмоциональных кон-

тактов, недостатке интуиции в процессе общения.

*Эпилептоидный* — склонность к злобно-тоскивому настроению с накапливающейся агрессией, проявляющейся приступами ярости и гнева (иногда с элементами жестокости), конфликтностью, вязкостью мышления, скрупулезной педантичностью.

*Застревающий (паранойяльный)* — повышенная подозрительность и болезненная обидчивость, стойкость отрицательных аффектов, стремление к доминированию, неприятие мнения других и, как следствие, высокая конфликтность.

*Демонстративный (истероидный)* — выраженная тенденция к вытеснению неприятных для субъекта фактов и событий, к лживости, фантазированию и притворству, используемых для привлечения к себе внимания. Часто сопровождается авантюризмом, тщеславием, склонностью к ипохондрическим реакциям и «бегству в болезнь», если чувствуют неудовлетворенность в признании.

*Дистимный* — преобладание пониженного настроения, склонность к депрессии, сосредоточенности на мрачных и печальных сторонах жизни.

*Неустойчивый* — склонность легко поддаваться влиянию окружающих, постоянный поиск новых впечатлений, компаний, умение легко устанавливать контакты, носящие поверхностный характер.

*Конформный* — чрезмерная подчиненность и зависимость от мнения других, недостаток критичности и инициативности, склонность к консерватизму.

В жизни и медицинской практике «чистые» акцентуации и личностные типы встречаются редко, тем не менее далее приводятся краткие характеристики типов личности, знание которых будет полезно для выработки стратегии общения в паре «врач — пациент» [1, 3, 9].

### Демонстративная личность (истерическая)

Лица с подобными особенностями характеризуются непредсказуемостью своих реакций. Они склонны к демонстративности, яркости эмоций и театрализованной манерности. Такие реакции кажутся спонтанными и продиктованными преимущественно чувствами. Чувствительные, мягкие, нередко полные очарования, они могут иметь развитую интуицию и воображение, обладать солидным творческим потенциалом. Воспринимаются другими как люди, привлекательные по поведению, стилю общения и одежды. Часть из них кажутся способными к сопереживанию и готовности прийти на помощь, хотя в дальнейшем выясняется, что их «хватает» лишь для деклараций и заверений,

а не для организации постоянной поддержки других. Их готовность — это «игра на публику».

Развитые черты демонстративного характера создают многочисленные трудности при разрешении медицинских проблем. Высокая степень внушаемости делает таких пациентов весьма чувствительными к любым неосторожным суждениям врача, избранной тактике лечения. Высока «готовность» проявлять побочные реакции на медикаменты (нередко по типу аллергии, но без характерных для нее лабораторных признаков) или извращенную реакцию на исследовательские и хирургические манипуляции. Симптомы болезни могут быть представлены таким образом, что врач оказывается не в состоянии понять их происхождение в связи с вычурностью и необычностью демонстрируемых признаков.

Демонстративное (истерическое) расстройство личности (истероидная психопатия) характеризуется постоянным нарушением межличностных отношений в связи с развитой эгоцентричностью; желанием быть признанным и использованием манипулятивного поведения для удовлетворения своих потребностей. Средствами достижения цели служат: театрализованно преувеличенное выражение эмоций, неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении, лживость и аггравация признаков соматических «заболеваний». Следует заметить, что с истерично-демонстративной личностью практически невозможно «договориться» и выработать постоянную тактику поведения. Во время беседы желательно тщательно продумывать ключевые фразы и избегать личных оценок.

#### **Обсессивно-компульсивная личность**

Личности, склонные к навязчивым мыслям и стереотипным действиям. Люди с подобными особенностями поведения, как правило, «полезные продуктивные» граждане. Они точны, организованны, склонны к рассудочным действиям и логичному поведению. Наибольшего успеха они добиваются в тех видах деятельности, которые требуют упорядоченного и последовательного мышления. Обсессивно-компульсивная личность (ОКЛ) обладают способностью к жесткому самоконтролю, особенно при выражении гнева. Не склонны к ярким проявлениям чувств и демонстративным эмоциональным реакциям. Характеризуются склонностью к абстрактному мышлению, а также к рационализации при объяснении мотивов своих поступков. Их внутренняя организованность и четкость имеет и яркое внешнее выражение. Они выглядят чопорными, сдержанными и несколько напряженными. Одеты аккуратно, «каждый волосок прически на своем месте», а одежда —

безукоризненно выглажена и чиста. В детстве ОКЛ выделяются примерным поведением; импульсивность и непредсказуемость для них почти исключена. Женщины с ОКЛ содержат свой дом без пылинки и пятнышка, где для каждой вещи предназначено свое место. Пациенты с ОКЛ, как правило, очень сложны для лечения, поскольку они не переносят состояния беспомощности и зависимости от других. Часто они воспринимают усилия врача как стремление навязать им свою волю. Подавляющий стиль общения врача такие пациенты легко ассоциируют с авторитарными родителями, столь досаждавшими им в детстве. Поэтому успеха легче добиться, привлекая больных к участию в планировании и организации их собственного лечения. Интеллигентность, правдивость и совестьливость пациентов с ОКЛ дает надежду на достижение согласия при условии тщательного и понятного объяснения причин болезни, результатов проведенных исследований и обсуждения механизмов воздействия на патологический процесс.

#### **Параноидальная личность**

Проявляется прежде всего своим главным свойством — подозрительностью. Сомневаясь в порядочности других, они стремятся постоянно выдерживать дистанцию общения. Будучи особенно чувствительными к любым замечаниям и критике в свой адрес, они кажутся людьми, буквально изнывающими от переживаний своей неполноценности и никчемности, испытывая постоянный страх вмешательства других в свою жизнь (покушения на права личности, присвоение их творческих достижений или собственности), они пребывают в состоянии напряженной бдительности, которая может легко перерасти в злобу и агрессивные действия. Они стремятся не выделяться одеждой и содержат себя в порядке, сохраняя фасад вежливости и любезности. Темные очки, надвинутая на лоб шляпа, поднятый воротник и высоко повязанный шарф служат инструментами ограждения себя от других. Характерологические особенности параноидной личности позволяют понять часто выражаемое пациентами подобного типа недоверие к врачам, готовность к жалобам и неприятию рекомендованных лечебных режимов. Врачебная тактика базируется на спокойном, выдержанном поведении, основанном на объективных фактах, значение которых может быть представлено больному. Не следует вступать в споры относительно суждений, высказываемых пациентом.

#### **Зависимая личность**

Нарастающее чувство зависимости, психологической потребности в руководстве, под-

держке и внимании со стороны других лиц — нормальная приспособительная реакция на заболевание или чувство беспомощности, связанное с другими причинами (социальные лишения, физическое недоразвитие и др.). Среди лиц с признаками «зависимого поведения» можно встретить и тех, кто, казалось бы, не имеет каких-либо соматических причин для поиска поддержки у окружающих (соматически они могут быть совершенно здоровыми, а иногда и иметь атлетическое телосложение). В структуре поведения таких людей доминирует стремление к поиску расширяющихся контактов с теми, кто чем-либо мог бы удовлетворить потребность в признании, внимании и ласке. У семейного врача такие пациенты появляются с множеством жалоб, часто неопределенных и нередко связанных с внешними признаками депрессии. Они готовы согласиться с любыми планами обследования, медикаментозного лечения, а также рекомендуемого режима и часто демонстрируют быстрый и «благодарный» ответ на проводимые мероприятия. Однако основной мотив поведения определяет непрерывное возрастание запросов и требований относительно внимания, встреч, времени контакта с пациентом. Вскоре для врача открывается тот факт, что они становятся ненасытными, а их потребности оказываются неутолимыми. В анамнезе у таких пациентов есть свидетельства депривации в детстве (оральный период развития, когда доминировала возможность удовлетворения при сосании, насыщении). Возможным подтверждением этой гипотезы является то, что и во взрослом состоянии они могут проявлять поведенческие черты, которые концентрируются вокруг «оральных потребностей». Они часто имеют избыточную массу тела, склонны употреблять многочисленные пилюли и нередко — курить. Ведение таких пациентов должно сочетать готовность дать им эмоциональную поддержку с установлением жестких лимитов на частоту контактов и время визитов. Консервативное медикаментозное лечение должно проводиться минимумом реально необходимых средств. В периоды кризисов и личностной декомпенсации допустимо некоторое временное расширение объема помощи.

### Тревожная личность

Тревога — ощущение внутреннего напряжения и беспокойства, психического дискомфорта, возникающее в результате переживания смутной опасности, катастрофы в непредвиденном будущем (тревога, получившая наполнение конкретным содержанием, становится страхом). Часто она бывает окрашена в оттенки греховности, предчувствия физиче-

ского ущерба. Подобное состояние — следствие внутреннего рассогласования планов, надежд, устремлений, привычного образа мыслей и чувств с реальностью. Для тревожной личности характерно наличие постоянной готовности к тревожным реакциям, иногда — хроническому состоянию тревожности. Чувствительные к мнению других, они испытывают чувство несовершенства и неполноценности и потому легко приходят в состояние смятения и замешательства. В ряде случаев, в ситуации стресса, это состояние перерастает в панический страх. Физическое ощущение тревоги связывается с различными расстройствами деятельности внутренних органов, характерных, главным образом, для симпатоадреналовой активации. К ним относятся изменение частоты дыхания и сердечных сокращений, артериального давления, гастроинтестинальные расстройства, головная боль, ощущение недостаточности дыхания (кислородного голода), может возникать гипервентиляция. Следствием возникающего при этом дыхательного алкалоза могут стать головокружение, дурнота, слабость, дрожание и парестезии. Нарушаются целесообразная деятельность, мыслительные процессы и сон. В происхождении подобных состояний повинно, вероятнее всего, сочетание генетического предрасположения (особенности обмена симпатических аминов) и условий воспитания, которые вызывали ранние детские страхи или ситуации, связанные с необходимостью контроля сексуальных или агрессивных чувств и действий. Ведение подобных пациентов предполагает необходимость их успокоения. Объяснения сущности наблюдаемых расстройств, а также демонстрацией элементарных приемов подавления гипервентиляции и напряженности (тренировка релаксации). Направление к психиатру может стать необходимым в случаях тяжелой, продолжительной тревоги, которую не удастся преодолеть релаксационными техниками.

Описание личностных типов, которые реже встречаются, можно продолжить следующим списком. **Шизоидные личности** характеризуются эмоциональной холодностью, отчужденностью, склонностью к самоанализу, **циклоидные** — спонтанной сменой аффективного фона, избыточной эмоциональной возбудимостью, **импульсивные** — выраженной тенденцией к конфликтному поведению, вспышками гнева или насилия, капризами.

В течение всей жизни человека изменяются уже сложившиеся привычки, приобретает опыт и отшлифовываются грани характера. Семейный врач может наблюдать динамику развития личности от зачатия до глубокой старости, конечно, в пределах своих возможностей,

поэтому необходимо знать об изменениях личности на протяжении жизни.

## 2. Возрастные особенности развития личности

Жизнь человека — это тот путь, который он проходит от рождения до смерти. Судьба зависит от бесконечно разнообразных и кажущихся случайными факторов. Биография имеет социально-историческую обусловленность, так как общественные процессы, протекающие в современном мире, могут во многом определить события личной жизни. Семья (родительская, а затем и собственная), школа, студенческий и рабочий коллектив, общественные организации — все они представляют частные среды, сменяющие друг друга на определенных этапах жизни человека. Жизненный путь каждого — это вереница событий, отмеченных личным участием, восприятием, оценкой и реакцией. Реакция человека — это и определенное поведение в конкретной ситуации и переживание случившегося. События жизни — это не только изменения обстановки или новые формы отношений окружающих, это и нарушения в реализации жизненных планов и программ. Ответная реакция и степень перестройки личности под влиянием внешних событий зависит от активности личности. Так, психотравмирующие обстоятельства, патогенные события жизни проявляются лишь в соответствии со значимым отношением к ним личности.

Воздействия, переживаемые человеком в течение жизни, различаются по интенсивности, их влияние зависит еще и от жизненного периода, в котором находится личность.

Стресс — широкое понятие, характеризующее состояние активации и напряжения организма, вызванное жизненной стимуляцией (неожиданное событие, угроза его возникновения, перемена обстановки, жизненного стереотипа и т. п.). Стресс — неотъемлемая часть жизни, инструмент тренировки и повышения приспособительных возможностей организма и личности. Его позитивное или негативное значение рассматривается с точки зрения возможности переносить подобные состояния, увеличивая или снижая способности к активной деятельности. На основе проживания стрессов формируется многогранный опыт личности.

*Конфликт* — результат одновременного действия двух или нескольких мотивов поведения, которые могут быть «полярно» противоположны и не разрешимы (тогда они определяются как невротические) или разрешимы в определенных условиях. Конфликт формируется во внутреннем мире человека, нередко как способность чувствовать себя виновным за определен-

ные импульсы, которые могут оцениваться как неприемлемые.

*Кризис* — это состояние, которое возникает при угрозе удовлетворения фундаментальных потребностей («быть или не быть»). Это состояние, характеризующее не только человека, но и человеческие сообщества (от семьи — до большой группы). Кризис возникает при невозможности или неспособности преодолеть экстремальное воздействие стрессов. По мнению американского психолога Э. Эриксона [10], человек на протяжении жизни переживает восемь психосоциальных кризисов, специфических для каждого возраста, благоприятный или неблагоприятный исход которых определяет возможность последующего развития личности.

**Первый кризис** человек переживает на первом году жизни. Он связан с тем, удовлетворяются или нет его основные физиологические потребности. В первом случае у ребенка развивается чувство глубокого доверия к окружающему миру, а во втором, наоборот, недоверие, а иногда и враждебность. В развитых странах распространенность психических нарушений среди детей младшего и старшего возраста составляет 12 : 100, а среди подростков — 15–16 : 100. Чаще всего встречаются нарушения поведения, несколько реже — тревожные расстройства и депрессия. (Тревожные расстройства и депрессия часто остаются нераспознанными, поскольку многие врачи даже не подозревают, что они возможны у детей). Особенности личности и поведения грудных детей нередко сохраняются и во взрослом состоянии.

Многие исследователи подчеркивают, что основополагающим для дальнейшего развития ребенка является именно первый период его жизни, когда он начинает познавать окружающий мир [4, 5, 7, 11]. Характерными нарушениями поведения в раннем возрасте можно назвать вспышки гнева, нарушения сна, детские аффективно-респираторные судороги, отсутствие аппетита. *Вспышки гнева* чаще всего наблюдаются в 1–2 года. Основной предрасполагающий фактор — усталость. Спокойный до того ребенок пинает окружающих ногами, пронзительно кричит, бьется головой о стену, швыряет игрушки. Чтобы понять причины этого поведения, нужно подробно расспросить родителей: вспышками гнева ребенок чаще всего демонстрирует свое недовольство чем-либо. Родителям необходимо объяснить, что вспышки гнева у детей встречаются довольно часто. Обязательно стоит подчеркнуть, что вспышки гнева рассчитаны на зрителей и могут стать постоянными, если родители каждый раз будут успокаивать ребенка и давать ему требуемое. Рекомендуется во время вспышек гнева оставлять

ребенка одного в комнате (но не закрывать его) и по возможности избегать ситуаций, вызывающих вспышки гнева, а если это невозможно, заранее отвлечь ребенка, например занять его игрой.

*Аффективно-респираторные судороги* наблюдаются у детей от полугода до 6 лет, чаще всего в возрасте 2–3 лет. Они могут возникать во время вспышек гнева, а также в ответ на боль или испуг (даже незначительные). Во время приступа ребенок «заходится» в плаче, после чего наступает задержка дыхания на вдохе, появляется бледность, затем цианоз. При длительных задержках дыхания ребенок теряет сознание, возникают кратковременные судороги. Приступы длятся 10–60 секунд. В первую очередь успокаивают родителей, объясняют им, что приступы со временем проходят самостоятельно. Подчеркивают, что это не эпилепсия и что приступы не ведут к задержке умственного развития ребенка. Объясняют необходимость правильно воспитывать ребенка и избегать ситуаций, провоцирующих такие приступы.

*Нарушения сна.* Большинство детей до полугода очень часто просыпаются, а некоторые вообще не спят ночью. В возрасте до 2 лет просыпаются ночью по меньшей мере один раз примерно 30 % детей. Более чем у половины детей до 4 лет наблюдаются более или менее выраженные нарушения засыпания. Сновидения и, соответственно, ночные кошмары появляются на втором году жизни, когда ребенок начинает говорить. Родителям необходимо понять, что ребенок нуждается в ласке и заботе. Но нельзя поддаваться искушению забрать ребенка с собой в постель, бежать к нему среди ночи, а не то он снова и снова будет этого требовать. Если родители все же встали, они должны успокоить ребенка и сразу же уложить его в кроватку. При нарушениях сна необходимо соблюдать распорядок дня, выполнять перед сном одни и те же действия (например, искупаться, выпить молоко, переодеться в пижаму, почистить зубы). Помогают заснуть тихая музыка, слабый свет, мягкая игрушка, которую ребенок берет с собой в кроватку. Хотя медикаментозного лечения обычно не требуется, иногда бывает полезно назначить на короткое время препарат, обладающий седативным и снотворным действием.

*Отсутствие аппетита.* Иногда от родителей можно услышать, что их ребенок ничего не ест. В этих случаях выясняют характер питания ребенка, измеряют его рост и массу тела, оценивают физическое развитие, сравнивают полученные результаты с возрастными нормами. Чаще всего оказывается, что развитие ребенка соответствует возрасту, а переживания

родителей обусловлены неправильным представлением о том, сколько ребенок должен съесть.

**Второй кризис** связан с первым опытом обучения, особенно с приучением ребенка к чистоплотности. Если родители понимают ребенка и помогают контролировать ему естественные отправления, ребенок получает опыт автономии. Напротив, слишком строгий или слишком непоследовательный внешний контроль приводит к развитию у ребенка стыда или сомнений, связанных главным образом со страхом потерять контроль над собственным организмом.

**Третий кризис** соответствует дошкольному возрасту (4–6 лет). В этом возрасте происходит самоутверждение ребенка. Планы, которые он постоянно строит и которые ему позволяют осуществить, способствуют развитию у него чувства инициативы. Наоборот, переживание повторных неудач и безответственности могут привести его к покорности и чувству вины. В этом возрасте часто можно встретить нарушения поведения у детей, на которые родители и бабушки с дедушками могут не обращать внимания, относя к разряду «особенностей взросления или характера». Однако следует быть внимательными, чтобы не пропустить более тяжелую патологию. Поведенческие расстройства — это самые частые психические нарушения у детей, их распространенность — 3–5 на 100 детей. Для поведенческих расстройств характерны: вызывающее поведение и постоянное непослушание; чрезмерная драчливость и хулиганство; отсутствие раскаяния за содеянное; жестокость и агрессивность. От родителей можно услышать жалобы на подверженность дурным влияниям, трудности в общении, позднее — неуспеваемость в школе (в 50 % случаев). Еще один фактор — нарушение внимания с гиперактивностью (в 30 % случаев). Предрасполагающими факторами, приводящими к развитию поведенческих расстройств, являются недостаток заботы о ребенке, холодные отношения между родителями. Социально неблагополучная семья, жестокое обращение в семье, асоциальное поведение окружения тоже негативно влияют на формирование расстройств поведения.

При коррекции расстройств поведения у детей в первую очередь надо постараться создать в семье обстановку тепла и заботы друг о друге. Для разрешения внутрисемейного конфликта проводят семейную психотерапию. Организуют свободное время ребенка, создают благоприятные условия для развития его интересов. Полезны занятия спортом, посещение кружков. Все это повышает самооценку ребенка, ставит перед ним цели, к которым он хочет

стремиться. В сложных случаях используют программы коррекции поведения.

Примерно в этом же возрасте (3–6 лет) или ранее можно столкнуться с проблемами поведения ребенка, которые связаны с рождением младших детей в семье. Соперничество между детьми обычно возникает, когда в семье рождается еще один ребенок. Старший брат или сестра, особенно 1–2 лет, нередко ревнует своих родителей к новорожденному. Ревность может проявляться попытками причинить боль, толкнуть, ткнуть пальцем, ущипнуть. Ревнующий ребенок ищет материнского внимания, заботы и любви, которые принадлежат ему по праву. Родители должны стараться уделять детям одинаковое внимание, пробуждать в старшем ребенке желание общаться с новорожденным и заботиться о нем. Полезно начинать это еще до рождения младшего ребенка. Возможно провести с ревнующим (а лучше с еще не осознавшим факта появления «конкурента» в семье) ребенком примерно такой разговор: «Ты у нас такой хороший/хорошая, и мы тебя так любим, что для того, чтобы тебе было хорошо и интересно, мы решили „подарить“ тебе братика/сестричку, чтобы ты его/ее так же любил, как мы тебя». Такой нехитрый обмен мотивационными решениями помогает ребенку поучаствовать в радости ожидания рождения нового члена семьи — и его появление будет восприниматься не как наказание, а как награда.

**Четвертый кризис** происходит в школьном возрасте. В школе ребенок учится работать, готовясь к выполнению будущих задач. В зависимости от царящей в школе атмосферы и принятых методов воспитания у ребенка развивается вкус к работе или же, напротив, чувство неполноценности, как в отношении реализации своих возможностей, так и в плане собственного статуса среди товарищей. В этот период встречаются следующие психологические проблемы: заикание, тики, дислексия, реже — детский аутизм.

*Заикание* нередко сочетается с различными тиками, но обычно не связано с органическим поражением ЦНС. Заикание чаще встречается у мальчиков, начинается обычно в возрасте до 6 лет, особенно распространено среди школьников. Наиболее тяжело переносят свое заболевание подростки — в этом возрасте заикание часто вызывает тревожность, приводит к заворничеству. Прогноз благоприятный: в 80 % случаев к 18–19 годам заикание проходит. Хотя заикание в большинстве случаев излечивается самостоятельно, все же рекомендуется направить ребенка к логопеду. *Тики* — это быстрые, произвольные, координированные, стереотипные движения, не имеющие какой-либо

цели. В большинстве случаев наблюдаются тики, вовлекающие лицевые мышцы, например наморщивание, похрюкивание, покашливание, свист. Тики обычно исчезают самостоятельно в течение года. При *дислексии* ребенок, имеющий нормальный коэффициент интеллекта, с трудом читает и пишет, так как не способен различать буквы, имеющие сходные, но по-разному ориентированные элементы, например «К» и «Х». Как правило, дислексия обнаруживается, когда ребенок начинает учиться в школе. У таких детей отмечается низкая успеваемость. При дислексии эффективны специальные обучающие программы.

*Детский аутизм.* Детский аутизм впервые был описан Л. Каннером в 1943 г. Заболевание развивается в возрасте 3 лет. Распространенность — 4 : 10000 детей. Мальчики страдают детским аутизмом в 4 раза чаще, чем девочки. У 80 % больных имеется умственная отсталость. Диагностика детского аутизма достаточно трудна. Начало болезни обычно проявляется в 1–2 года. Оцениваются следующие признаки: отсутствие навыков общения (по крайней мере два признака из перечисленных) — неспособность различать людей (не видят и не понимают разницы «свой» — «чужой»); безразличие к утешению; отсутствие подражания; неучастие в ролевых играх; нежелание общаться с людьми (ребенок избегает смотреть в глаза собеседнику). Нарушения развития речи (по крайней мере один признак из перечисленных): отсутствие лепета, игровой жестикуляции, мимики, речи; нарушения невербального общения; нарушения строя или содержания речи; неумение начать и поддержать беседу. Нарушение двигательной активности, неразвитое воображение (по крайней мере один признак из перечисленных): стереотипные движения; ритуалы; сильная реакция на отклонение от привычного образа жизни; отсутствие фантазии в играх. Нарушения поведения: вспышки гнева; гиперактивность; агрессивное поведение; отсутствие чувства опасности. Диагностика детского аутизма особенно трудна у детей до 2 лет. Грудной ребенок при аутизме часто кричит и не успокаивается, когда его берут на руки, и перед этим не принимает позы готовности; на руках сопротивляется или, напротив, замирает; противится любому изменению распорядка дня; кажется глухим, не реагирует на прикосновения — не подражает взрослым; мало спит. При подозрении на детский аутизм показана консультация детского психиатра. Чем раньше начато лечение, тем выше вероятность успеха. Предложено много методов лечения детского аутизма, наиболее эффективный из них — поведенческая психотерапия. Важную роль играют обучение и занятия с логопедом. Лекар-



ственные средства (транквилизаторы, антидепрессанты, противосудорожные средства) применяют только для лечения сопутствующих заболеваний [5, 11].

**Пятый кризис** переживают подростки обоего пола в поисках «идеалов поведения» (усвоение образцов поведения других людей, значимых для подростка) и самоопределения во «взрослом мире». Этот процесс предполагает объединение прошлого опыта подростка, его потенциальных возможностей и выбора, который он должен сделать. При патологическом развитии идентификации личности может произойти путаница ролей, которые подросток играет или будет играть в последующем. Кризис периода взросления — перестройка внутренних переживаний, которая коренится в изменении отношения подростка к окружающей среде. В этот критический период на протяжении короткого времени (несколько лет, один год) сосредоточены резкие и капитальные сдвиги в личности подростка. За короткий срок изменяются основные черты личности. Ребенок становится подростком с началом полового созревания. Длительность подросткового периода различна, но обычно он продолжается с 12 до 18 лет. В этот период ребенок, превращающийся во взрослого, борется между стремлением к независимости и невозможностью обойтись без взрослых. Подростки, безусловно, требуют от врача особого внимания, и он должен не только лечить их, но и предвидеть их трудности, вместе с родителями участвовать в их воспитании. Нужно помнить, что, хотя подростки неохотно принимают помощь взрослых, в глубине души они очень ценят заботу о себе. Подростковый период — это один из ключевых этапов формирования личности, поэтому этому периоду стоит уделить более пристальное внимание.

*Периоды развития подростка.* Подростковый период (11–14 лет) характеризуется началом полового созревания и связанными с ним психическими изменениями. Средний подростковый период (от 14 до 17 лет) — это период становления независимости. Девочки проходят этот период значительно быстрее, чем мальчики. Мальчики быстро догоняют девочек по физическому и психическому развитию. Появляется интерес к противоположному полу. Организуются группы сверстников, которые предпочитают носить одинаковую одежду, употреблять одни и те же выражения, слушать одинаковую музыку. В этот же период большинство подростков начинает половую жизнь. Обычно это происходит в 16 лет (в одном и том же возрасте у юношей и девушек). Интересы подростка быстро меняются. Отличительная особенность поведения в этот период — стрем-

ление к эксперименту и риску. Поздний подростковый период (от 17 до 19 лет) — это период обретения уверенности в себе: отношения с родителями становятся спокойными, а цели более реалистичными.

Основные особенности психологии подростка — становление самосознания, эгоизм и недоверчивость. Для подростков характерны пристальный интерес к своей внешности (фигура, масса тела, рост, состояние кожи и т. д.), сильное переживание неудач в общении с лицами противоположного пола, низкая самооценка. Они требуют уважения к своему внутреннему миру и всегда ревностно охраняют его от постороннего вмешательства. Для полноценного развития подростку необходимы: свобода передвижения, уважение к его тайнам, безопасность (спокойная обстановка в семье), одобрение сверстников, ощущение, что рядом есть кто-то, на кого можно положиться, кумиры, ощущение себя мужчиной или женщиной.

Еще одна особенность кроется в стремительности темпа происходящих изменений в психике и поведении. Все события немного напоминают «революцию внутри одного подростка». Особенность кризиса в том, что его границы, отделяющие начало и конец кризиса от предшествующих и последующих возрастов, неотчетливы. Удастся отметить обострение кризиса, когда он достигает апогея, обычно в середине своего развития. В это время обнаруживаются трудности воспитания, ухудшается успеваемость, ослабевает интерес к школьным занятиям, падает общая работоспособность. Развитие сопровождается более или менее острыми конфликтами с окружающими. Выраженность этих проявлений различна, вариаций протекания кризиса много [5, 7, 8, 11, 12]. Осложнения и бурное протекание процесса развития в период взросления наблюдается у 20 % подростков. Формы кризиса у подростков различны. Это может быть *кризис идентичности*, который выражается в чувстве неполноценности, депрессивном настроении и суицидных намерениях; *кризис в форме деперсонализации и дереализации*, для которой характерны тревога, чувство отчуждения, беспокойство; *кризис, проявляющийся переживаниями своего физического недостатка*, — *дисморфомания* (болезненные мысли о своем телесном дефекте). Может возникнуть *кризис в форме нарушения пищевого поведения* — нервная *анорексия*, проявляющаяся в сознательном, чрезвычайно стойком и целеустремленном желании похудеть, нередком достижении выраженной кахексии с возможным смертельным исходом. Реже встречается нервная *булимия*, которая характеризуется приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролем

массы тела, что приводит к принятию крайних мер для коррекции возможной полноты.

*Кризис в форме метафизической интоксикации* или болезненного мудрствования характеризуется однообразным философствованием на отвлеченные темы. Постоянные размышления, рассуждения, письменное отражение их в дневниках, записках и посланиях ярко эмоционально окрашены.

*Кризис в форме суицидного поведения* — это мысли о нежелании жить, намерения и действия, предпринимаемые с целью покончить с собой, и завершённые попытки самоубийства. Обычно суициды и попытки их совершить взаимосвязаны с другим отклоняющимся поведением: побегам, правонарушениями, алкоголизацией, конфликтами с родителями, сексуальными эксцессами и т. д. Однако, работая с подростками, никогда не следует забывать о реальности развития у них депрессии и о риске самоубийства. Самоубийство — вторая по частоте причина смерти в этой возрастной группе. Суицидные попытки бывают чаще у девушек (в 8–20 раз чаще), а самоубийства, напротив, у юношей (в 4 раза чаще).

Заподозрить *депрессию* следует при наличии следующих признаков: нарушения сна, изменение аппетита, потеря интереса к друзьям, учебе, семье, ощущение собственной никчемности, резкое снижение успеваемости, плаксивость и эмоциональная лабильность, психосоматические нарушения, интерес к вопросам смерти, суицидные попытки. Не нужно бояться задавать вопросы о самоубийстве: показано, что такого рода разговоры не провоцируют самоубийство, а, напротив, дают подростку возможность выговориться, заново осмыслить сложившуюся ситуацию. Факторы риска суицидных поступков у подростков — это уже совершавшиеся или отмечавшиеся ранее суицидные намерения или попытки, неспособность самостоятельно справиться с трудностями, отсутствие поддержки в семье, конфликт между родителями, раздельное проживание родителей, психические нарушения, алкоголизм, наркомания в семье, суицидные попытки или самоубийства в семье, жестокое обращение с детьми, мужской пол, одиночество. Усугубляют положение психические нарушения: *большая депрессия*, психозы, алкоголизм, наркомания, психопатии. Часто наблюдается саморазрушительное поведение. Иногда роковую роль может сыграть *доступность оружия и ядов*.

Выявленный высокий риск самоубийства должен заставить врача активно действовать. Непосредственной причиной самоубийства может стать смерть близкого человека (или годовщина смерти), развод родителей, ссора с друзьями или болезнь. Несмотря на то что

врач общей практики может с успехом лечить больных депрессией, во всех случаях **показана консультация психиатра**.

*Кризис в формате асоциального поведения*. В пубертатном возрасте подросток, стремясь к самостоятельности, пытается освободиться от семейных уз. Отделяясь от семьи, подросток присоединяется к различным группам. Интересами таких групп могут быть увлечения азартными играми, культ силы, экстремальные виды спорта и т. д. Демонстрируя свою «необычность», они могут нарушать социальные нормы. Часть из них проявляет склонность к противоправным поступкам. Отсутствие надзора за поведением подростка, семейная и педагогическая запущенность способствуют как асоциальности, так и противоправному поведению подростка. Однако не следует забывать, что совершенно естественно, что подростки и их родители нередко расходятся во мнениях. Подростки часто восстают против обычаев и авторитетов. Склонность к бунтарству обычно исчезает только к 18 годам. Проявления бунтарства могут включать осуждение родителей, сомнение в их правоте, привычку грубо обрывать членов семьи и даже друзей, необычные и даже вызывающие одежда и причёска, курение и употребление алкоголя, хвастовство и позерство, бурные любовные увлечения. Тем не менее нужно отличать естественное для подростков бунтарство от психических нарушений. К таким признакам *психических нарушений у подростков* относятся: отказ посещать школу, вандализм и воровство, наркомания, беспорядочная половая жизнь, нервная анорексия и нервная булимия, депрессия (нужно помнить, что она может привести к самоубийству).

В подростковом периоде конфликты с родителями неизбежны, особенно когда подростку 13–16 лет. Родителям постоянно приходится балансировать между сохранением опеки над ребенком и уважением его свободы. В этой ситуации важно напомнить встревоженным членам семьи, в которой бунтует подросток, несколько важных правил внутрисемейного поведения. Итак, очень важно не осуждать подростка и относиться к нему с уважением, не быть назойливым. Больше слушать, научиться и уметь чувствовать то, о чем подросток стесняется говорить. Быть гибким, но последовательным, уметь вовремя прийти на помощь. Установить основные правила поведения (например, не пить крепкие спиртные напитки, не употреблять нецензурные слова), давать подростку советы по питанию и уходу за кожей, не задавать неуместных вопросов, касающихся половой жизни подростка.

Течение и прогноз кризиса в подростковом возрасте зависят от того, какие механизмы лег-

ли в основу нервно-психических и психосоматических нарушений, а также насколько имеющаяся симптоматика дезадаптировала подростка. В 30–40 % случаев кризис завершается нормализацией психики и поведения. В других случаях кризис может смениться неврозом, психосоматическим расстройством, личностными нарушениями, алкоголизацией, наркотизацией или психозом (шизофренией). *Случаи, требующие обязательной консультации специалиста: подозрение на жестокое обращение с ребенком или подростком, подозрение на органический характер выявленных нарушений.*

**Шестой кризис** свойствен молодым взрослым людям. Он связан с поиском близости с любимым человеком, вместе с которым ему предстоит совершать цикл «работа — рождение детей — отдых», чтобы обеспечить своим детям надлежащее развитие.

**Седьмой кризис** переживается человеком в сорокалетнем возрасте. Он характеризуется развитием чувства сохранения рода, выражающегося главным образом в «интересе к следующему поколению и его воспитанию». Этот период отличается высокой продуктивностью и созидательностью в самых различных областях. Если, напротив, эволюция супружеской жизни идет иным путем, она может застыть в состоянии псевдоблизости, что обрекает супругов на существование лишь для самих себя с риском оскудевания межличностных отношений. В зрелом возрасте человек проходит через серьезные испытания, связанные с изменением приоритетов и ценностных ориентаций. Происходит переориентация личностных ориентиров, если в молодости это были сила, храбрость, красота, в зрелом возрасте на первый план выходят мудрость и доброта. В межличностных отношениях доминирующими становятся социальные связи. При дезадаптивной организации личности можно наблюдать разнообразие патологических реакций: от тревожно-депрессивных настроений как признаков низкой самооценки до серьезных психосоматических заболеваний с развернутыми «флагами» маскирующих синдромов.

**Восьмой кризис** переживается во время старения. Он знаменует собой завершение предшествующего жизненного пути, а оно зависит от того, как путь был пройден. Прошедшая жизнь воспринимается как единое целое, в котором уже ничего нельзя изменить. Если человек не может свести свои прошлые поступки в единое целое, он завершает свою жизнь в страхе перед смертью и в отчаянии от невозможности начать жизнь заново. Способность перенести тяготы инволюционных изменений зависит от преодоления жесткой привязанности к профессиональной роли как определяющему фактору са-

мооценки (кем Я стал). У зрелой и гармонично развитой личности формируется оценка «Я» на основе понимания значимости реальных жизненных свершений (что Я сделал). Осознание естественности ухудшения здоровья и старения позволяет выработать необходимое равнодушие и спокойствие по отношению к признакам недомогания и дает возможность без ужаса принять мысль о смерти.

Чаще всего подчеркивают, что в старости происходит изменение индивидуальных особенностей личности и характера, но эти изменения носят при нормальном старении количественный, а не качественный характер. Еще одна большая психологическая проблема старого человека — одиночество. Многие люди старшего возраста, особенно овдовевшие, живут одни. При этом происходит значительная ломка ранее сложившегося стереотипа жизни, поведения, общения. Они, как правило, оказываются оторванными от семей детей или отвергнуты ими, резко ограничиваются социальные связи (уход на пенсию, отсутствие хобби, потеря друзей, сослуживцев, привычного занятия и т. п.). Многие старики выбирают одиночество самостоятельно, при наличии детей и родственников. В основе желания старика иметь «свой угол» и даже свою семью лежат стремления сохранить свой привычный мир, отстоять себя как личность [13–15].

Нельзя обойти вопрос об отношении к смерти. Логичным является отсутствие мыслей о смерти у молодежи и наличие их у стариков, но это не должен быть страх смерти. Возникающий интерес к обсуждению возраста, подготовка денег на похороны, вещей для погребения — это естественный психологический процесс. У старых людей снижены самочувствие, самоощущение, самооценка, усиливается чувство умаления собственной значимости, полезности, появляется неуверенность в себе, в своих силах и возможностях. Преобладают пониженное настроение, особенно в связи с болезненностью, потерей близких, одиночеством. Нередко возникает раздражительность по пустякам. Они становятся эгоистичными и эгоцентричными, большими интравертами, внешние интересы сужаются из-за трудностей общения, невозможности посещения знакомых, активного участия в общественной жизни, в связи с этим интерес может переключиться только на свое физическое состояние, возникает ипохондрическая мнительность, настороженность. Неуверенность в себе и в завтрашнем дне делает стариков более мелочными, придирчивыми, иногда скупыми, мелочно расчетливыми, педантичными, малоинициативными.

Известно, что в старости ослабляется способность к концентрации внимания, суживает-

ся его объем, оно становится ригидным и вместе с тем быстро истощается. Снижается скорость усвоения и воспроизведения новой информации. Но не следует забывать, что огромный интеллектуальный опыт и многообразие навыков позволяют эффективно использовать их для решения многих задач и ситуаций, в чем и сказывается мудрость стариков. Патологическая старость — это неуклонное поступательное асинхронное, асимметричное развитие органических изменений личности и характера, утрата интеллектуально-мнестических и эмоциональных проявлений психики, вплоть до слабоумия.

### 3. Основы представления о семье, ее функциях, развитии и влиянии на личность

Семья — один из важнейших атрибутов общества, ключевая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях [17–19].

Со времен родовой организации человеческого общества закрепление постоянных отношений между членами семьи приобретало различные формы, обрастало правилами, предписывалось конфессиональными догмами и т. д. Для чего человеку нужна семья? Исторически чаще всего возникали следующие аргументы: для выживания потомства, для расширения социальных возможностей, для развития и формирования своеобразного «клея» в отношениях родов, во имя объединения собственности, для получения контрибуции, для подкрепления военных гарантий. Можно согласиться с тем, что и сейчас некоторые из этих аргументов сохраняют актуальность. А для чего необходима семья в наше время? Ответом на этот вопрос задаются многие социологи и психологи — и многие говорят об изменениях и кризисе института семьи. Причин для этого называют множество — от нивелирования гендерных различий в социальном статусе до сексуальной революции конца прошлого века [19].

Как любая сложная система, семья на протяжении своего существования проходит многие этапы развития. Семья не статичное образование, ее развитие отражается в фазах ее жизненного цикла. Начинается формирование с периода ухаживания и брака, после чего в большинстве случаев семья расширяется за счет растущих детей, затем сокращается, когда дети покидают дом, чтобы вступить в самостоятельную жизнь [17, 19].

На всех стадиях жизненного цикла у каждой семьи есть психологические и медицинские проблемы. Зная особенности каждой стадии, врач может заранее подготовиться к их решению.

Первый этап — встреча будущих супругов, их эмоциональное притяжение друг к другу, *вступление в брак и жизнь молодой супружеской пары без детей*. В этот период происходит формирование отношений внутри брака, регулируются отношения, касающиеся будущей беременности, желания стать родителями. Выстраиваются отношения с другими родственниками. Происходит взаимное приспособление характеров, вырабатываются внутренние правила поведения, распределяются роли и обязанности в семье. Супруги не только приспособляются друг к другу, но и решают для себя вопросы о сохранении или изменении традиций родительских семей, выстраивании новых отношений с другими родственниками.

Важную роль на начальном этапе формирования семьи играет еще и ее территориальное размещение. Современные социологические исследования выделяют несколько типов семей по этому признаку. Семьи, размещающиеся на новой территории (неолокальные); семьи, где жена приходит в семью мужа (патрилокальные); семьи, где муж приходит в семью жены (парилокальные); семьи, где отец не живет в семье, поэтому семья состоит из взрослых женщин с маленькими детьми (матрифокальные); семьи, где маленькие дети живут со своими матерями, но по достижении зрелости уходят жить в дом брата матери (авункулокальные); семьи, в которых нет строгой привязки к порождающей семье (амбилокальные); семьи, где муж и жена остаются жить в семьях своих родителей (натолокальные). Сейчас в развитых странах приветствуется неолокальное размещение семей, однако в современной России оно, скорее, амбилокальное. В зависимости от территориальной самостоятельности, скорее всего, и начнет формироваться модель распределения ролей в молодой семье. Степень взаимовлияния и, что иногда гораздо существеннее, взаимозависимость, как материальная, так и психологическая, будет играть важную роль при принятии практически любых решений [18].

Еще один важный аспект формирования молодой семьи, влияние которого будет продолжаться и далее, это профессиональная карьера супругов. Как будут развиваться семейные взаимоотношения при стремительном карьерном успехе одного из супругов; а если оба весьма успешны, но карьерные интересы противоречат друг другу; а если потребуется перемена места жительства? Конечно, заранее нельзя предусмотреть развитие всех вариантов, но приобретать навыки долгосрочного семейного совместного планирования нужно.

Хорошо, если на каждом этапе развития семьи супруги прорабатывают так называемые «золотые» и «худшие» сценарии. Рождение се-

мы, включающее этапы ухаживания и заключения брака, — это время формирования личных жизненных целей каждого из партнеров, оценка прошедшего этапа жизни и планирование будущего: учебы, карьеры, материального обеспечения, культурного и духовного совершенствования. На этой стадии возникают не только личные, но и общие эмоциональные проблемы: формируются новые дружеские связи, расширяются и завязываются новые родственные отношения. Рождается и формируется стиль и образ жизни семьи. Роль семейного врача на этом этапе очень важна. От него в немалой степени зависит, будет ли эта семья здоровой, или у супругов возникнет риск развития хронических заболеваний. Высока роль информирования, обучения членов семьи на этом этапе. Необходимо проконсультировать их по вопросам здорового образа жизни, дав основы рационального питания и здоровой физической активности, обучить партнеров гигиене половой жизни, безопасности половых отношений. Если супруги не были привиты против гепатита, им нужно предложить вакцинацию. Особое внимание нужно уделить вопросам планирования семьи. Упомянем также и о другом риске, часто возникающем в молодом возрасте, это агрессивное поведение, хранение оружия, опасный стиль вождения автомобиля или других транспортных средств. Врач должен получить информацию об употреблении алкоголя и курении членов семьи, чтобы мотивировать молодых супругов к изменению поведения, если это необходимо.

Следующий этап развития — это появление в семье первого ребенка. В начале этого периода семью охватывает суеверное ожидание — планирование, предвкушение, подготовка и т. д. Это — если ребенок желанен, а если нет? С этого момента могут начаться конфликты из-за изменения ролей и сфер интересов, попытки манипуляций, в последующем все это скажется на положении ребенка. И вот малыш появляется на свет: поздравления, подарки, радость, цветы; а за ними — кормление, пеленки, купание, вздутие животика, срыгивание, крик по ночам, подгузники и, как следствие, усталость, упреки, выяснение отношений. Или не так? Все это может случиться как раз в семье, не подготовленной к этому этапу, или в семье, где нет поддержки между разными поколениями и супругами, или в неполной семье и т. п. Трудности этого периода могут быть преодолены путем обучения и помощи в перераспределении новых обязанностей. Общесемейными задачами этого этапа становится адаптация к появлению ребенка, забота о правильном его развитии, удовлетворение потребностей и ребенка и родителей. Здесь потребуются новое распределе-

ние ролей, координация усилий, помощь старших родственников, согласование потребностей всех членов семьи. На этапе рождения первенца, а затем и других детей, когда в семье появляются новые члены системы, основными социальными и психологическими проблемами становятся приспособление семейного пространства к ребенку, решение финансовых, домашних воспитательных задач, улаживание отношений с бабушками и дедушками. Основные медицинские проблемы — это проблемы, связанные с ребенком. К ним относятся прежде всего грудное вскармливание и питание ребенка. Немаловажны воспитание у детей привычки быть физически активными, предупреждение детского травматизма, вакцинация. В некоторых семьях возникает сложная проблема насилия над детьми, решение которой требует привлечения психологов, а иногда — психиатров и юристов. Не следует забывать и о взрослых членах семьи. В это время актуальны такие темы для бесед, как предупреждение незапланированной беременности, контрацепция, гигиена половых отношений. Супруги приближаются к возрасту начала хронических инфекционных заболеваний, поэтому следует еще раз напомнить им о правилах рационального питания, физической активности, о вреде курения и злоупотребления алкоголем.

Ребенок подрастает, и семья переходит на следующий этап развития — в это время ребенок вступает в свои *первые социальные контакты* (после 2,5 года) — поступление в ясли или детский сад, а в семье вновь происходит пересмотр обязанностей и ролей. Кто будет отводить и приводить ребенка в детский сад? Будет ли работать или продолжать учебу мама? Кто будет оставлять работу для ухода за болеющим ребенком? А может быть, планируется появление младших детей? Все перечисленные вопросы иногда кажутся простыми, пока мы не сталкиваемся с реальностью. И вновь — семья спланирована и начинает договариваться, формируются новые связи и корректируются обязанности — семья развивается дальше. Очень важно на этом отрезке семейного пути восстановить гармоничные отношения и равновесие в ролях. Помощь старших членов семьи — бабушек и дедушек — снимает часть нагрузки с родителей и помогает как в сплочении внутрисемейных связей, так и в формировании личности ребенка. Маленький человек учится общаться с разными взрослыми, привыкая принимать интересы родителей. Придание ребенку статуса единственно определяющего интересы семьи крайне нежелательно. Развиваться должны все члены семьи, излишняя концентрация на интересах чужада может впоследствии привести к формированию акцентуации личности.

Далее наступает период, когда *дети идут в школу*. Начинается обучение ребенка и родителей. Формируются новые контакты, происходит приспособление к новому режиму и новым нагрузкам (часто весьма существенным). Появляются и начинают претворяться в жизнь далекоидущие планы, касающиеся последующего образования, профессии, дополнительных знаний и навыков. Это опять потребует пересмотра ритма жизни семьи, перераспределения обязанностей, новых материальных затрат. Потребуется помощь, если до этого этапа ее не было, старшего поколения. И вновь вопросы, как сложатся отношения между разными поколениями, вынужденными очень тесно общаться. Может быть, наоборот, самим бабушкам и дедушкам потребуется помощь и поддержка. Знание механизмов развития, предвидение и предупреждение возможных проблем уберечь семью на этом этапе.

На следующем этапе семейного развития подходит время возрастных кризисов у членов семьи — *дети вступают в проблемный подростковый возраст*, родители приближаются к времени кризиса середины жизни, пожилые родители выходят окончательно на пенсию. При этом от забот повседневных, связанных с функционированием семьи, тоже невозможно отказаться. Такой семье очень нужна поддержка. Она может быть разнообразной, важно, чтобы возникающие кризисные ситуации разрешались при участии всех членов семьи. Этот этап может «принести» в семью большой «букет» психосоматических проблем со здоровьем.

Когда дети вступают в подростковый период, родители сталкиваются с новыми психологическими проблемами. Это в первую очередь растущая независимость детей, изменение отношения к родителям. В то же время родители-супруги вступают в период смены жизненных ценностей. На первое место выходят карьерные устремления, потребность в повышении на службе, а, следовательно, необходимость больше времени и усилий отдавать работе. Однако на этом этапе у «первых», или старших, родителей начинается период зависимости от детей, связанный с ухудшением здоровья. Возможно, потребуются объединение семей, и это может привести к возникновению новых сложных проблем.

Подросткам в этот период необходимо консультирование по питанию, так как в подростковом возрасте меняются потребности в питательных веществах, а с другой стороны, изменяются вкусовые и пищевые пристрастия и привычки. У девочек-подростков могут возникать нарушения пищевого поведения, вплоть до нервной анорексии и булимии. Мальчики нуждаются в изменении принципов питания,

если они увлекаются занятиями спортом, наращивают мышечную массу. В это время нередки ошибки в питании, связанные с недостаточной информированностью подростков. Подростковый период характеризуется попытками «пробовать» курение, алкоголь, наркотики. Вред этих привычек следует разъяснять подросткам. На это же время приходится начало половой жизни. Актуальны беседы и консультирование подростков по вопросам гигиены половых отношений, предупреждения нежелательной беременности, обучение правилам контрацепции. Предупреждение травматизма, связанного с повышенной агрессивностью, правила обращения с оружием, транспортными средствами, использование защитных приспособлений во время занятий спортом — все это темы для бесед с подростками. Еще несколько важных медицинских проблем подросткового возраста, требующих своевременной оценки и вмешательства семейного врача, — это депрессии, суицидные попытки.

Следующий, весьма значимый этап жизни семьи — это *разделение поколений*. Дети, обретая самостоятельность, начинают выходить из-под опеки и влияния родителей, приобретают опыт взрослых взаимоотношений, начинают планировать самостоятельную жизнь. Иногда этот этап начинается с поступления ребенка на учебу в другом городе или стране. Иногда — сразу, с планирования новой молодой семьи и/или появления внуков. А вот иногда и вовсе «не спешит» начинаться, если родители прикладывают усилия к удержанию детей возле себя. Часто это происходит в неполных семьях. Взрослые используют различные манипуляции, подкрепленные психосоматическими проблемами, решение которых может представлять весьма трудную задачу для врача.

Взрослые члены семьи в этом периоде могут страдать от прогрессирования хронических заболеваний, таких, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких. Поэтому для них актуальными остаются консультации по питанию, принципам здоровой физической активности, отвыканию от вредных привычек. Сексуальная активность, сохраняющаяся у супругов, требует внимания к вопросам контрацепции и предупреждения заболеваний, передающихся половым путем. Семья вступает в фазу, когда пожилые старшие родители требуют все большего внимания и ухода. Супругов необходимо проинформировать об особенностях здоровья пожилых и проблемах, связанных с развитием деменции, ослаблением интеллекта и памяти, научить их, как предупредить последствия и предупредить причины падений. Члены семьи должны приго-

товиться к возможным утратам, длительному уходу за тяжелобольными родителями.

Очередной важный этап развития семьи, если он не совпал с предыдущим, это *выход на пенсию* одного или обоих супругов. Перемена деятельности, сокращение контактов, низкая социальная защищенность могут привести к развитию таких серьезных нарушений, как депрессия. Для пожилой пары важно сохранение взаимной поддержки, хорошие связи с детьми и внуками, грамотно организованная помощь и уход. Задача семейного врача в этот период — первичная и, чаще, вторичная профилактика и лечение хронических неинфекционных заболеваний, предупреждение полипрагмазии, принятие решения по поводу заместительной гормональной терапии, химиопрофилактики. Необходимо поддерживать на должном уровне физическую активность и сохранять принципы здорового питания, учитывая возрастные особенности.

К сожалению, после смерти одного из супругов семья тоже перестает существовать. Остается одинокий пожилой человек, забота о котором должна лежать на детях и внуках. Будет решаться вопрос о дальнейшем проживании: самостоятельно или совместно с младшим поколением. Если пожилой член семьи будет жить отдельно, как будет организована материальная поддержка и другая помощь? Часто с пожилыми людьми трудно ужиться, но оставлять их без помощи недопустимо еще и из-за проблем со здоровьем. К ним относятся ограничение подвижности, падения, депрессии, деменции, хронические заболевания, в том числе онкологические, полипрагмазия. Актуальными темами для обучения и бесед остаются вопросы питания, физической активности, а также использование протезов и приспособлений. В некоторых семьях медицинские работники могут столкнуться с насилием над пожилыми.

На протяжении всех этапов развития семьи можно встретить кризисные ситуации. Их принято разделять на «острые», как правило связанные с непредсказуемыми или непредотвратимыми ситуациями — смерть, арест, внезапная тяжелая болезнь, измена. И хронические, повторяющиеся — бытовые проблемы, проблемы, связанные с работой, разобщение интересов на различных этапах жизни, проблемы с жильем. Другая группа трудностей в семейной жизни совпадает с переходом семьи на новый этап развития и/или с возрастными кризисами у отдельных членов семьи. Соответственно, чем больше совпадений во времени, тем больше накал страстей. Нам следует помнить, что в период кризисов возможны развитие разнообразных психосоматических нару-

шений у всех членов семьи, крайние проявления личностных особенностей [17, 19].

На всех этапах жизненного цикла семьи существуют свои особенности, свои проблемы. Помощь семейного врача в их решении и предупреждении важна для пациентов, потому что именно медицинским работникам более всего доверяют люди, получая информацию о здоровье. Поведение человека и отношение к здоровью формируется в семье. В этом процессе роль и влияние врача очень значительны.

В наше время все чаще жизненный цикл семьи завершается расторжением брака. В течение года после развода уровень жизни у женщин падает, а у мужчин — повышается. Разводы оказывают негативное действие на детей (сильнее на девочек) и бабушек с дедушками.

Как следует из исследований, проведенных в 80-е г., возможность воспринимать и переживать случившиеся события имеется у детей уже в раннем возрасте (до 3 лет). При патологических переживаниях выявляется задержка развития, возрастная регрессия, возникают проблемы с кормлением, сном, туалетом. У дошкольников (3–5 лет) развиваются страхи, энурез, возможны ночные кошмары, непослушание, агрессивное поведение. Школьники младших классов (6–8 лет) особенно остро переживают семейную катастрофу как значимую потерю, на которую реагируют снижением настроения, чувством стыда, ненужности, отвергнутости, что может проявляться непроизвольным мочеиспусканием, нарушениями сна. Дети старших возрастных групп способны оценить случившееся как «проблемы родителей», хотя и требуют объяснений, пытаются определить свое отношение к покинувшему семью родителю, испытывают чувство враждебности.

Выделяют пять основных компонентов семейного функционирования.

*Адаптивность* — способность использовать внутрисемейные или внешние ресурсы для разрешения проблем, возникающих в семейном кризисе.

*Партнерство* — способность к разделению между членами семьи различных обязанностей либо принятие совместных решений по важным для семьи проблемам.

*Перспективность* — готовность к постоянному сотрудничеству при решении вопросов, связанных как с ростом и развитием отдельных членов семьи, так и с повышением статуса семьи.

*Привязанность*, преданность друг другу и общим семейным проблемам определяется по свидетельствам заботы, помощи, любви, существующим в семье.

*Реальность взаимодействия*, оцениваемая по тому времени, объему усилий или материальной поддержки, которые готовы обеспечить друг другу все члены семейства.

Количество психологических тестов используемых для оценки качества семейного функционирования велико. Они ориентированы на анализ супружеской удовлетворенности, согласованности действий, мыслей и оценочных суждений. Определяются также прочность внутренних связей, привычные способы разрешения возникающих проблем и, наконец, анализируются индивидуальные проявления любви и взаимопонимания. Оцениваются и ресурсы, которые могут быть мобилизованы членами семьи для преодоления кризисных процессов. Среди таких резервов особое значение имеют развитие социальных связей (друзья, общие интересы в деле, клубы и другие общественные группы). Важны чувства групповой гордости и солидарности; экономическая стабильность и обеспеченность; уровень образования и культуры, традиции общения и жизненный стиль; доступность медицинской помощи; религиозность и искренность веры, общность конфессий. Надежность и развитость ресурсного потенциала в семье обеспечивает возможность благоприятного преодоления кризиса [19].

#### 4. Взаимоотношения врача и пациента

По сравнению со многими доверительными беседами в обычной жизни взаимодействие пациента с врачом имеет вполне четкие цели. Пациент и врач — это два индивида с различными взглядами, но цель их встречи заключается в том, чтобы за короткое время прийти к общему пониманию того, в какой помощи нуждается пациент и выработать единое мнение о том, как справиться с проблемами наилучшим образом [20, 21].

В беседу вовлечены два человека — как сделать общение продуктивным и приятным?

Можно использовать приемы «активного слушания»: мимику, жесты, включать в диалог слова, одобряющие и поддерживающие активный рассказ пациента. Держать диалог — эмоциональная поддержка в некоторых ситуациях может стать более значимой, чем информационная составляющая врачебной консультации, однако не следует полностью погружаться в поток эмоций, иначе трудно будет избежать эмоционального выгорания. Вопросы, приводящие пациентов к врачу, очень разнообразны, одни из них очевидны, иные — замаскированы, а некоторые и вовсе не осознаваемы самими пациентами. Во всех этих ситуациях комфортность и эффективность общения будут зависеть от нескольких составляющих — сти-

ля общения в паре, соответствия информации, полученной пациентом, его ожиданиям и от вовлеченности пациента в процесс принятия решения. Необходимо упомянуть и о таком понятии, как скорость беседы. Разные люди говорят и думают с различной «скоростью», процесс восприятия и переработки информации зависит от множества конституциональных и генетических факторов, но еще важную роль играет возраст, чем старше мы становимся, тем больше времени нам требуется для восприятия и переработки новой информации. Именно поэтому для общения с пожилыми пациентами потребуется более сдержанный темп речи, повторение отдельных фраз, хорошо бы написать советы. В практике мы все часто пишем советы и назначения на небольших листочках, утешая себя надеждой, что уж именно это пациент обязательно сделает. Но мы часто торопимся, забывая написать — кому, когда и кто записал рекомендации, а без этих важных данных наша бумага останется просто бумажкой с перечислением какой-то информации, никому не адресованной. Можно посоветовать для постоянных пациентов, часто обращающихся по поводу длительно существующих проблем, вести блокноты-дневники, в которых (вместо бумажек) можно вносить текущие рекомендации.

Модели общения в паре врач — пациент могут быть различными, выбор может быть продиктован как спонтанно сложившейся ситуацией (так часто ведут себя молодые врачи, пытаясь включиться в поведение пациента), так и стать результатом осознанного построения беседы. Наименее эмпативной и, следовательно, самой «малозатратной» является *информационная модель* общения. Предполагается, что относительно беспристрастный врач, анализируя имеющиеся данные, предоставляет пациенту информацию о значении тех или иных результатов обследований. Такая модель действительно применима для некоторых видов консультаций — чаще всего это короткие собеседования с «очень узкими специалистами» по результатам сложных исследований.

Чаще мы встречаемся с *интерпретационной моделью* общения, когда после беседы с пациентом и проведения обследования врач побуждает пациента к действиям или отказу от таковых, рекомендует лечение и объясняет (иногда) свои действия. Такая модель уже более открыта, кажется, что она направлена на помощь пациенту, но это не совсем так. При таком общении часто ускользают вопросы, которые пациент не успел или постеснялся задать, не учитывается скрытая мотивация обращения пациента к врачу, остаются без об-



суждения сомнения и возможности пациента следовать рекомендациям.

Другая модель, в которой врач выступает в роли опекуна и «нянюшки», названа *патерналистской*. Многие врачи и пациенты достаточно долго придерживаются этой модели, но, как и в случае с интерпретационной моделью, в таких взаимоотношениях мало учитываются и мнение, и желания пациента. В то же время от пациента уходит ответственность за ситуацию — раз врач взял на себя опеку, он и отвечает за развитие событий. Противоположной моделью может стать позиция «пациент всегда прав», которая провозглашается в некоторых коммерческих центрах. В таком общении тоже скрыты подводные камни — от излишнего потакания поведению пациентов до вынужденного следования за многочисленными пожеланиями сложных и «современных», но ненужных обследований.

Совещательная модель общения основана на взаимном доверии и согласии врача и пациента. Во время беседы важно обратить внимание на отношение пациента к проблеме, с которой он обратился, выяснить его ожидания от общения с врачом. Возможности, опасения и надежды пациента следует учитывать и принимать решения по обследованию и назначению лечения.

Общение в паре врач — пациент всегда происходит на нескольких уровнях сразу. Это вербальный уровень, где важную роль играют интонация, тембр голоса, скорость речи, медицинский жаргон, частота обращения по имени. Невербальное общение — мы осознанно или подсознательно улавливаем язык жестов, мимики, спонтанные реакции тела и конечностей на значимую информацию. Немаловажную роль в таком общении имеет и предыдущий опыт. Человеческая память охотно выстраивает ассоциативные ряды для облегчения затрат на адаптацию в каждой конкретной ситуации. Поэтому чем больший опыт у нас за спиной, тем охотнее мы используем уже проверенные «модели».

И тем сильнее оказывается внутреннее разногласие, когда «понятный» человек начинает вести себя не так, как мы предполагали.

Особенностью медицинского общения всегда является личная направленность интересов беседы. Человек, обращающийся к врачу, предполагает, что врач заинтересован в решении его проблем, а для врача одной из задач консультации становится не только уточнение чисто биомедицинских данных, но и анализ личности пациента. А именно того, как пациент воспринимает и относится к своему недугу, факторам риска, необходимости что-то менять в поведении; какие факторы его поведения можно отнести к личностным особенностям, а что уже является психологической защитой. Защищаться можно действием и бездействием, отрицанием и пересмотром мотивации, защит много, но какой бы ни была защита, ее корни чаще всего в страхе, неуверенности и усталости.

Иногда действительно трудно смириться с тем, что пациенты не следуют рекомендациям, легкомысленно, как нам кажется, относятся к рассказам о факторах риска и профилактике. Но за каждым решением наших пациентов кроются особенности их жизни, их окружения, их сознания. Следует запастись мудростью и терпением, чтобы продолжать практику и следовать хорошему совету норвежца Е. Хендерсона: «Когда вы говорите с пациентом, вам следует услышать, во-первых, что он хочет сказать, во-вторых, что он не хочет сказать, в-третьих, что он не может сказать».

Каждый раз, работая индивидуально с пациентом, мы имеем дело с другим миром, другой «планетой». У каждого есть своя история, свой дом, свой мир, своя семья, свои представления о мире и о себе. Все проявления и влияния этого мира тесно переплетены в человеке, на его планете существуют его собственные законы, праздники и табу, верования и заблуждения. И этот мир нам необходимо понять и принять, научиться взаимодействовать с ним, помогать и любить.

## Литература

1. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. проф. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: ПИТЕР, 1999. — 752 с. [Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya. Ed by prof. B.D. Karvasarskogo. Saint Petersburg: PITER; 1999. 752 p. (In Russ).]
2. Губачев Ю.М., Макиенко В.В. Психосоциальные проблемы семейной медицины. — СПб., 1998. — С. 6–21. [Gubachev YM, Makienko VV. Psikhosotsial'nye problemy semeynoy meditsiny. Saint Petersburg; 1998:6-21. (In Russ).]
3. Юнг К. Аналитическая психология: перевод с немецкого. — М.: Медицина, 1994. — 468 с. [Yung K. Analiticheskaya psikhologiya. Moscow: Meditsina; 1994. 468 p. (In Russ).]

4. Фрейд З. О клиническом психоанализе. Избранные сочинения. — М.: Медицина, 1992. — 288 с. [Freyd Z. O klinicheskom psikhoanalize. Izbrannye sochineniya. Moscow: Meditsina; 1992. 288 p. (In Russ).]
5. Гарбузов В.И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология (наднозологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов). — СПб.: СОТИС, 1999. — 320 с. [Garbuzov VI. Kontseptsiya instinktov i psikhosomaticheskaya patologiya (nadnozologicheskaya diagnostika i terapiya psikhosomaticheskikh zabolevaniy i nevrozov). Saint Petersburg: SOTIS; 1999. 320 p. (In Russ).]
6. Годфруа Ж. Что такое психология. — М.: Мир, 1992. — Том 1. — 280 с. [Godfrua Zh. Chto takoe psikhologiya. Moscow: Mir; 1992;1:280. (In Russ).]
7. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983. — 256 с. [Lichko AE. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov. Leningrad: Meditsina; 1983. 256 p. (In Russ).]
8. Леонгард К. Акцентуированные личности. — Киев, 1981. — 214 с. [Leongard K. Aktsentuirovannye lichnosti. Kiev; 1981. 214 p. (In Russ).]
9. Люшер М. Сигналы личности: ролевые игры и их мотивы / пер. с англ. А. Алперина.— Воронеж: НПО МОДЭК, 1993. — 160 с. [Lyusher M. Signaly lichnosti: rolevye igry i ikh motivy / translated by A. Alperin. Voronezh: NPO MODEK; 1993. 160 p. (In Russ).]
10. Erikson M, Rossi E, Rossi S. Personality and psychotypes. NY.; 1989. 354 p.
11. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. — М., 1998. — С. 720–734. [Merta D. Spravochnik vracha obshchey praktiki. Moscow; 1998:720-734. (In Russ).]
12. Подростковая медицина. Руководство / под ред. проф. Л.И. Левиной. — СПб.: Спецлит, 1999. — С. 538–566. [Podrostkovaya meditsina. Rukovodstvo / pod red. prof. L.I. Levinoy. Saint Petersburg: Spetslit; 1999:538-566. (In Russ).]
13. Галкин Р.А., Котельников Г.П., и др. Пожилой пациент. — Самара, 1999. — 544 с. [Galkin RA, Kotel'nikov GP, et al. Pozhiloy patsient. Samara; 1999. 544 p. (In Russ).]
14. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу: Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. — СПб.: Клинт, 1995. — 136 с. [Gnezdilov AV. Put' na Golgofu: Ocherki raboty psikhoterapevta v onkologicheskoy klinike i khospise. Saint Petersburg: Klint; 1995. 136 p. (In Russ).]
15. Rakel RE. (Ed.) Textbook of family practice (7th edition). Philadelphia, London, Toronto: W.B. Saunders Company; 2001. 1968 p.
16. Николс М., Шварц Р. Семейная терапия. Концепции и методы / пер. с англ. О.Очкур, А.Шишко. — М.: Эксмо, 2004. — 960 с. [Nikols M, Shvarts R. Semeynaya terapiya. Kontseptsii i metody / translated by O. Ochkur, A. Shishko. Moscow: Eksmo; 2004. 960 p. (In Russ).]
17. Профилактика в общей врачебной практике / под ред. Проф. О.Ю. Кузнецовой, И.С. Глазунова. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. — 288 с. [Profilaktika v obshchey vrachebnoy praktike / Ed by Prof. O.Yu. Kuznetsovoy, I.S. Glazunova. Saint Petersburg: Izdatel'skiy dom SPbMAPO; 2004. 288 p. (In Russ).]
18. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. — СПб.: Речь, 2003. — 336 с. [Eydemiller EG, Dobryakov IV, Nikol'skaya IM. Semeynuyu diagnost i semeynaya psikhoterapiya. Uchebnoe posobie dlya vrachey i psikhologov. Saint Petersburg: Rech'; 2003. 336 p. (In Russ).]
19. Гец Л., Вестин С. Руководство для преподавателей и врачей общей практики / перевод с норвежского под ред. проф. О.Ю. Кузнецовой. — СПб.: СПбМАПО, 2005. — 352 с. [Gets L, Vestin S. Rukovodstvo dlya prepodavateley i vrachey obshchey praktiki / translated and ed by prof. O.Yu. Kuznetsovoy. Saint Petersburg: SPbMAPO; 2005. 352 p. (In Russ).]
20. Общая врачебная практика: национальное руководство : В 2 т. /под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — Т. 1. — 976 с. [Obshchaya vrachebnaya praktika: natsional'noe rukovodstvo / Ed by akad. RAMN I.N. Denisova, prof. O.M. Lesnyak. Moscow: GEOTAR-Media; 2013. Vol. 1. 976 p. (In Russ).]

21. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — СПб.: Питер, 2005. — 336 с. [Vodor'yanova NE, Starchenkova ES. Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika. Saint Petersburg: Piter; 2005. 336 p. (In Russ).]

22. Купер К., Дэйв Ф., О'Драйсколл М. Организационный стресс: теории, исследования и практическое применение. — Харьков, 2007. — 334 с. [Kuper K, Deyv F, O'Drayskoll M. Organizatsionnyu stress: teorii, issledovaniya i prakticheskoe primenenie. Khar'kov; 2007. 334 p. (In Russ).]

### *Информация об авторе*

*Людмила Николаевна Дегтярева* — канд. мед. наук, доцент кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: ludmila.degtyareva@szgmu.ru.

*Ольга Александровна Немышева* — ассистент кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: kuratorksm@szgmu.ru.

### *Information about the authors*

*Ludmila N. Degtyareva* — PhD, associate professor of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: ludmila.degtyareva@szgmu.ru.

*Olga A. Nemysheva* — assistant professor of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: kuratorksm@szgmu.ru.