

А. С. ТАТЕВОСЯН

ОДИНОЧЕСТВО И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КРИЗИС

На основании клинического и психологического обследования вскрыты различные механизмы, формирующие личность с хроническим чувством социальной изолированности и переживанием одиночества, которые приводят к психологическому кризису.

В литературе описаны состояния одиночества, которые развиваются либо внезапно как следствие психотравмирующей ситуации, либо в экстремальных условиях сенсорной или географической изоляции [1—3, 6—8]. Однако данных, касающихся лиц с четко выраженным хроническим чувством изолированности и одиночества (социально-психологическая депривация), недостаточно.

Цель настоящей работы заключалась в изучении различных механизмов, формирующих депривированную личность, у которой под влиянием жизненных коллизий возникали суицидальные мысли и попытки. Нами обследованы 59 человек в возрасте от 18 до 25 лет (женщин—70%, мужчин—24%). Большинство обследованных отмечали у себя наличие некоммуникабельности, постоянное чувство изолированности, трудность в общении, ощущение собственной неполноценности.

Данные клинического обследования дополнялись психологическими тестами (тест Люшера, его модификация—цветовой тест отношений) и специально разработанным опросником.

Все обследованные разделены на три группы.

Первая группа—психически здоровые. Большинство из них воспитывалось в так называемых «закрытых» семьях с ограниченным кругом коммуникативных связей (в ряде случаев между членами семьи доминировали авторитарные установки с эмоциональной холодностью), в других семьях создавались «тепличные» условия для ребенка с ограничением контактов со сверстниками во избежание «дурного» влияния.

Для молодых людей, выросших в таких условиях, специфично было прямолинейное восприятие действительности, неумение улавливать подтекст сказанного. Оказавшись перед фактом непринятого в данной социальной группе шаблона поведения, они замыкались, снижалась самооценка, возникало чувство собственной неполноценности. Такого рода состояния наблюдались обычно в периоды изменения привычного жизненного стереотипа (у студентов в первый год обучения, в первое время замужества, во время летней практики или в первые месяцы работы после окончания института).

Состояние дезадаптации сопровождалось внутренним напряжением, нежеланием общения, чувством одиночества и изолированности. Переживания эти приобретали хроническое течение, формируя личность с акцентуацией характера, ядром которой становилось хроническое чувство одиночества, замкнутость, некоммуникабельность, уход в себя, в свой внутренний мир.

Психологическими тестами выявлены—нервное напряжение как следствие невозможности установить прочные социальные контакты, нарушения коммуникации, сниженная способность эмпатических реакций.

К., 24 лет, поступил в отделение токсикологии по поводу отравления, приняв большую дозу снотворного.

В семье психически больных нет. Единственный сын. Круг близких и знакомых очень узкий. Боясь плохого влияния на сына, родители старались оградить его от контакта с детьми. С ними начал общаться регулярно только в школе, однако друзей так и не завел. В старших классах чувствовал себя одиноким. Родители старались заполнить досуг ребенка, направляя свое внимание на интеллектуализацию сына. Успешно окончил школу и поступил в институт на геологический факультет, со своей будущей профессией связывал надежду обрести уверенность в себе, стать физически сильным. Однако среди сверстников продолжал оставаться вне их жизни. После успешного окончания института был направлен на работу в одну из разведывательских партий. Во время работы дружеские контакты не возникли. Временами, возвращаясь домой, выглядел подавленным, неохотно отвечал на вопросы, иногда становился раздражительным.

Спустя месяц совершил суицидальную попытку.

В данном случае мы встречаемся с так называемым адаптационным синдромом в виде депрессивной реакции, возникшей как следствие изменения привычного жизненного стереотипа. Однако такого типа реакция развивается, как правило, у лиц, уже с детства испытывающих трудности в общении. Отмеченные особенности личности надо рассматривать как следствие ограниченности игровых ролей, которые выполнялись в течение жизни. Воспитываясь в основном в ограниченном семейном кругу, такие лица усваивали только те шаблоны поведения, которые приняты в семье; со временем расширения круга контактов а, следовательно, и игровых ролей не происходило, в результате чего, оказавшись в новой непривычной обстановке, личность попадала в психологически кризисное состояние, которое порой разрешалось суицидальной попыткой.

Вторую группу составили обследованные с личностными характеристиками, такими как: тонкое умение «считывать» облик собеседника, распознавать истинное отношение к себе, настроенность. Отсюда их поведение чаще детерминировалось не словесной информацией, а тем подтекстом, который они уловили, что нередко приводило к конфликтным ситуациям. Будучи по характеру сензитивными, чувствительными, боясь отрицательного мнения, они сознательно ограничивали контакты, замыкались. Такое состояние сопровождалось двойственностью чувств: с одной стороны, переживанием изолированности, а с другой—стремлением восстановить свой социальный статус и избавиться от социальной депривации. В качестве компенсации дефицита общения многие прибегали к ведению дневников, писали письма себе, вели долгие беседы наедине с собой (монологические) или с мнимым партнером (диалогические). Экспериментально выявлены гиперэстезия восприятия другого человека, хорошо развитые эмпатические реакции.

Больной Т., обратился к психиатру с жалобами на пониженный фон настроения, быструю утомляемость, неуверенность в себе, затруднения в общении.

Мать—домохозяйка. Отец отличается выраженными чертами эмоциональной холодности, акцентуирован по шизоидному типу, педантичный, неуступчивый моралист, категоричный лидер в семье.

Юноша характеризуется как серьезный, совестливый, заботящийся о соблюдении моральных норм и принципов, добросовестный, аккуратный, внутренне дисциплиниро-

ванный; с элементами рискованности в достижении поставленных целей. С детства отмечает у себя неумение создать прочные и долгие дружеские отношения. В студенческие годы возникла устойчивая озабоченность проблемами общения. Наиболее выраженной чертой характера стал индивидуализм, погруженность в себя, настороженность, склонность к самобичеванию, внутреннее беспокойство, тревожность. Во время беседы покусывает ногти на руке, заламывает пальцы, отмечаются нервные тики. В последнее время, со слов больного, испортились отношения с родными. Считает, что его всегда недооценивал отец, относился к нему как к маленькому, не считался с его интересами, с его взрослением. Переживает формальные отношения с отцом, разочарован в нем. Отношения с родными осложнились в связи с выбором профессии. Больной стал раздражительным, замкнутым, появились мысли о собственном бессилии и никчемности дальнейшей жизни.

В данном случае мы имеем дело с невротической личностью с нарушенной структурой общения, уходом в себя, переживанием одиночества. Социальная депривация явилась следствием невротического эгоцентризма, высокого эмоционального резонанса и невротического страха, заставляющего бежать от действительности [3, 4].

Третью группу составили больные в препсихотической стадии эндогенного заболевания. Для больных этой группы характерным в поведении является «ходить мимо, смотреть как-будто сквозь людей, казаться слепым и глухим» [4]. Отмечая свою некоммуникабельность, одиночество, они говорят об этом без эмоциональной живости, больше объясняя и выискивая причины своей некоммуникабельности. Иногда у таких больных за фасадом холодности скрываются идеи своей сверхценной значимости, при доверии к врачу они рассказывают о вынашиваемых идеях открытия, реформаторства. В результате такого внутреннего психологического состояния при истинном аутизме характерно «лицо принца, лицо по выражению которого трудно определить эмоциональность. Губы не тронуты улыбкой или печалью, брови не поднимаются в удивлении, глаза не распахнутся навстречу радости, возникает «мимическая атония» [3].

В отличие же от истинного аутизма при парааутистическом состоянии сохраняется целесообразность активности, постоянно продолжающийся поиск выхода из социальной депривации, страстное желание признания и общения; постоянное психическое напряжение, усиливающееся на людях, целеустремленность, которая временами приводит к рискованным решениям в достижении своей цели.

Данные, полученные нами, свидетельствуют, что механизмы, лежащие в основе синдрома социально-психологической депривации, одиночества, различны, следовательно, и терапевтический подход должен быть различным.

Лица с нарушениями и дефицитом навыков общения нуждаются в длительной психокоррекционной работе, направленной на развитие и обогащение личности. В этих случаях рекомендуются такие виды психотерапии, как разыгрывание ролевых ситуаций, которые могут выполнять функции поведенческого тренинга. Можно использовать метод психогимнастики (обучение коммуникации через двигательную экспрессию), тренировки понимания невербального поведения. Широко рекомендуется имажотерапия, целью которой является обучение способности адекватно реагировать, принимать адекватный образ, обогащать коммуни-

кативные возможности личности, тренировать способности к мобилизации жизненного опыта в нужный момент. В целях профилактики уже в детских коллективах необходимо обращать внимание на детей, которые обнаруживают дефицит общения. После консультации со специалистом вовлекать их в драматические кружки, рекомендовать посещение Центра эстетического воспитания детей, особенно тех его секций, где используется пантомима, игровая ролевая деятельность. Давно назрела необходимость создания детских психотерапевтических групп, где усилиями врача-психотерапевта можно было бы обучить ребенка многообразию навыков общения и коммуникации.

Во второй группе больных социально-психологическая депривация является следствием хрупкости психического аппарата к сенсорным и и субсенсорным, осознаваемым и неосознаваемым раздражителям. Этот синдром следует рассматривать как механизм психологической защиты у невротических личностей. К таким больным должна быть применена комплексная терапия, включающая фармакологическую коррекцию невротической симптоматики и индивидуальную психотерапию, направленную на пересмотр ценностей и обучение механизмам психологической защиты.

Больные третьей группы нуждаются в наблюдении и лечении у психиатра.

В заключение необходимо подчеркнуть, что наряду с заботой о физическом здоровье и интеллектуализации подрастающего поколения не менее важно помнить о необходимости приобретения каждой личностью многообразия навыков общения и овладения механизмами психологической защиты, что уменьшит стресс, психологический кризис и предупредит во многих случаях развитие так называемого синдрома «психического инфантилизма», «практического инфантилизма».

Кафедра психиатрии
Ереванского медицинского института

Поступила 7/IV 1986 г.

Ա. Ս. ԹԱԴԵՎՈՅԱՆ

ՄԻԱՅՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒ ՀՈԳԵՐԱՆԱԿԱՆ ԿՐԻՋԻՍԸ

Հետազոտվել են սոցիալական մեկուսացման խրոնիկական զգացումով մի խումբ հիվանդներ, որոնք կլինիկա-հոգեբանական վերլուծության արդյունքներին համապատասխան բաժանվել են 3. խմբի և միմյանցից տարբերվել սոցիալական մեկուսացման զարգացման մեխանիզմով և կլինիկական դրսևորումներով:

Առաջին խմբի հիվանդներին բնորոշ է այն, որ սոցիալական մեկուսացումը և միայնության զգացումը ծագել են որպես ընտանեկան դեպրիվացիայի հետևանք, որը հանգեցրել է առնչակցության ընդունակության բազմազան ձևերի զարգացման սահմանափակմանը:

Երկրորդ խմբի հիվանդներին մոտ միայնության զգացումը ծագել է ներդաշին հիմքի վրա հոգեբանական պաշտպանության մեխանիզմով:

Երրորդ խմբի մեջ ընդգրկվել են ներծին հիվանդության նախափսիս-զային փուլում գտնվող և իսկական աուտիզմ ունեցող հիվանդներ:

Նման դասակարգման հիման վրա առաջարկվում են զանազան խիստ տարբերակված բուժական մեթոդներ:

LONELINESS AND PSYCHOLOGIC CRISIS

On the base of clinical and psychologic investigations the different mechanisms, forming in the person the chronic feeling of social isolation and loneliness are revealed, which becomes the background for the psychologic crisis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А. Г. Актуальные вопросы суицидологии. М., 1982.
2. Бадалев А. А. Восприятие человека человеком. М., 1965.
3. Каган В. Е. Аутизм у детей. Л., 1981.
4. Каган В. Е. Автореферат канд. дис. Л., 1976.
5. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. М., 1985.
6. Конончук Н. В. Психологические особенности как фактор риска суицида у больных с пограничными состояниями. Метод. реком. Л., 1983.
7. Кузнецов О. Н., Лебедев В. И. Психология и психопатология одиночества. М., 1972.
8. Свядощ А. М. Неврозы. М., 1982.

УДК 617.7—007.681—089—036—085—073

А. А. ОГАНЕСЯН, А. В. СУПРУН

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РАЗГРУЗОЧНАЯ ПРОБА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ АНТИГЛАУКОМАТОЗНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Изучалась информативность разгрузочной глицериновой пробы. Результаты исследований показали, что в прогнозировании антиглаукоматозных операций периметрический тест является более информативным по сравнению с визометрическим и кампиметрическим. Разгрузочная проба может служить критерием перехода к хирургическому этапу лечения больных глаукомой.

Для прогнозирования течения глаукоматозного процесса в послеоперационном периоде предложены различные функциональные пробы, основанные на определении состояния зрительных функций глаза после искусственного снижения офтальмотонуса медикаментозными средствами (глицерин, глицероаскорбат, мочевины, диакарб и др.) [1—8]. В качестве функциональных тестов наиболее доступными являются определение остроты и поля зрения, размеров слепого пятна. Улучшение этих показателей после медикаментозной декомпрессии рассматривается как благоприятный прогностический признак и указывает на необходимость стойкого снижения офтальмотонуса медикаментозным или хирургическим путем.

Нами изучены результаты разгрузочной глицериновой пробы у 66 больных (74 глаза) открытоугольной глаукомой с умеренно повышенным ВГД (28—32 мм рт. ст.) при наличии выраженной ретенции водянистой влаги ($C=0,9\pm0,02$ мм³/мин мм рт. ст.). Начальная стадия процесса диагностирована в 20, развитая—в 32, далеко зашедшая—в 22 глазах. Острота зрения в 44 глазах была снижена до 0,1—0,6, в 30 глазах она равнялась 0,7—1,0. Периферические границы поля зрения (сум-