
©: Богомолов М.В., врач психоэндокринолог, 1989.

В последние месяцы на сайтах РДА публиковалось много статей и откликов по вопросам психологической помощи людям с сахарным диабетом и их близким: недавно заболевшим детям и подросткам, родителям заболевших детей, людям "заедающим" психо-социальные проблемы и иным лицам. Мы не можем воспроизвести ВЕСЬ текст брошюры с тезисами 1-го Всесоюзного симпозиума по психоэндокринологическим, проходившем на базе Московского психоэндокринологического центра проблемам людей с диабетом и ожирением, нарушениями пищевого поведения, так как сложно получить авторские разрешения всех авторов. Многие - за рубежом, многих уже нет. Публикуем только сокращенное предисловие к брошюре 1989 г. Популярная книга пока готовится к печати...

Список сокращений.

СД – сахарный диабет
ВКБ – внутренняя картина болезни
МПЗ – механизмы психологической защиты
2МОЛГМИ – Второй московский ордена Ленина Государственный Медицинский институт
РГМУ – Российский Государственный Медицинский Университет
А – адаптация
Р – реабилитация
П – принцип
РДА – Российская Диабетическая Ассоциация
РПА – Российская Психоаналитическая Ассоциация
РУДА – Российская Украинская Диабетическая Ассоциация
СМ – социальная мобильность
СК – социальный контроль

ОП – отклоняющееся поведение

Почему мы выбрали эту тему?

За годы нам пришлось убедиться, что обычно применяемые методы лечения часто малоэффективны, т.к. они направляются на пациента как на биологический объект, на организм, но не на личность в целом, не затрагивается социум человека. Успешное лечение СД требовало активного и осознанного участия пациента в процессе на основе партнерских, а не подчиненных врачу отношений. Иначе достигнутая в стационаре в течение месяца компенсация заболевания «срывалась» при выходе пациента из стен больницы, он пассивно не менял поведения в изменившихся условиях окружающей среды и быстро повторно нуждался в медицинской помощи. Значит, нужно было научить пациента жить с СД. Поэтому в 1988 г. мы открыли «Школу здоровья психофизической саморегуляции», позже получившей имя Эрнесто Рома, создателя первой в мире Школы для больных диабетом, для пациентов с СД на базе Всесоюзного психоэндокринологического научного центра, где больные люди получали необходимые знания для активного введения изменений в свою жизнь в связи с наличием СД, в школе применяются и психотерапевтические методики. Тогда же наладились связи с первым в стране московским диабетическим обществом. На нас легли моральные обязанности по медицинскому обеспечению, психосоциальной реабилитации, обучению пациентов и врачей, налаживанию международных связей. Возникла потребность осмысления цели и задач РДА как общественной организации, понимания и воздействия на все механизмы цепи от молекулярно-рецепторного – нарушения работы гормона инсулина, через клеточный, тканевый, органный, организменный, личностно-психологический, через групповой – до социального уровня адаптации, что естественно потребует глубоких научных разработок.

Определение границ проблемы

Для разрешения комплекса указанных медикопсихосоциальных проблем необходимо сформулировать цель, которая должна быть достигнута – суть ее – адаптация. Определим общефилософские проблемы адаптации. Мы не можем считать результаты терапевтического воздействия удовлетворительными, если человек-пациент не чувствует себя счастливым, гармонично сочетающимся с окружающим миром. Адаптация (приспособление) социальная, вид взаимодействия личности или социальной группы с

социальной средой, в ходе которого согласовываются требования и ожидания его участников. Важнейший компонент адаптации (А.) – согласование оценок, самооценок и притязаний субъекта с его возможностями и реальностями социальной среды, включающее также тенденции развития среды и субъекта.

А. включает в себя все перечисленные нами уровни: физиологический, биологический, психологический и собственно социальный уровни. Понятие А. возникло в биологии для обозначения приспособления строения и функции организмов к условиям существования или привыкания к ним. Психологическая А. определяется активностью личности и выступает как единство аккомодации (усвоения правил среды, «уподобления» ей) и ассимиляции («уподобления» себе, преобразования среды). Среда воздействует на личность или на группу, которые избирательно воспринимают и перерабатывают эти воздействия в соответствии со своей внутренней природой, а личность или группа активно воздействуют на среду. Отсюда – адаптивная и, одновременно адаптирующая активность личности или группы. Такой механизм А., складываясь в процессе социализации личности, становится основой ее поведения и деятельности. Важнейшая роль при этом принадлежит социальному контролю. При недооценке фактора социальной и психической активности личности А. сводится к простому равновесию биологических желаний человека и социальных требований и запретов, а сама личность – к пассивному результату столкновения того и другого. Однако нельзя согласиться с мнением некоторых авторов, считающих, что психоаналитический подход не учитывает собственную психосоциальную активность личности.

На собственно социальном уровне А. в первую очередь определяется деятельностной, активной природой социальных субъектов. Со стороны социальной среды А. определяется целями деятельности, социальными нормами-способами их достижения и санкциями за отклонение от этих норм.

Различают следующие варианты адаптационного взаимодействия, зависящие от степени активности и направленности деятельности личности или группы. Подчинение среде, при котором собственные цели личности или группы и способы их достижения выработаны общественно-исторически, общеприняты, традиционны, полностью соответствуют социальным нормам; что соответствует понятию «диабетической личности» и возникновению диабетических обществ-«просителей», требующих от местных властей льгот и привилегий, постоянной благотворительности, спонсорства. Как правило, правления таких обществ состоят из родителей больных детей и не стремятся к расширению поля своей деятельности далее распределения получаемых пассивно общественных благ. Обновление среды, при котором для достижения общепринятых и одобряемых целей личность или группа использует нешаблонные, неодобряемые или неизвестные ранее способы. Ассимиляция в диабетическом

движении может носить как конструктивный, так и деструктивный характер: на определенных этапах своего развития диабетические общества входят в конфликтные взаимоотношения с медицинской администрацией разных уровней, а иногда даже с органами исполнительной государственной власти на местах; начинают заниматься самостоятельным поиском материальных средств для решения своих задач – чаще занимаясь предпринимательской деятельностью. А на более поздних этапах сами выступают с законодательной инициативой, как, например, Региональная Украинская Диабетическая Ассоциация (РУДА) вынесла на рассмотрение парламента законопроект о сахарном диабете. В ряде стран такие законы уже существуют. Ритуализм, при котором, преследуя необщепринятые цели, личность или группа используют внешне благопристойные, одобряемые и общепринятые способы, строго следуя традициям и ритуалам. Как, например, «родительские» диабетические общества законным порядком добиваются присвоения группы инвалидности заболевшим СД детям независимо от степени тяжести заболевания вместо того, чтобы помочь ребенку войти в жизнь полноценным человеком, что в конечном счете носит дезадаптирующий характер, «виктимизируя» личность, воспроизводя в общественном сознании представление о диабетическом обществе (ДО), как об «инвалидном», меняя вектор А. на противоположный. Уход от жизни, при котором не принятые, странные с точки зрения среды цели достигаются такими же непонятными и неодобряемыми способами. На социальном уровне в ДО такое взаимодействие, как правило, не проявляется, нивелируясь разнонаправленными личностными воздействиями внутри группы. На личностно-психологическом уровне нам известны примеры суицидальных попыток на почве СД, истероидных реакций в ответ на возникновение и дефакториальность СД – девушка специально вызывает декомпенсацию заболевания, чтобы причинить боль своим родителям. Пришлось столкнуться с двумя молодыми пациентами, пришедшими к христианскому мировоззрению после начала заболевания. Бунт, мятеж, при которых отказываясь от общепринятых целей, личность или группа выступают не с реакционных позиций, а выдвигают новые цели и используют новые способы их достижения, что часто выступает как творческое конструктивное преобразование среды. Личностный бунт – часто встречающийся механизм психологической защиты (МПЗ) при СД в подростковом возрасте.

Сопоставление психологической и философской литературы заставляет задуматься о корреляции между встречающимися МПЗ и социальными вариантами адаптационного взаимодействия.

Важнейшим условием успешной адаптации является успешное, оптимальное сочетание адаптивной и адаптирующей деятельности, варьируемое в зависимости от конкретных ситуаций, т.е. правильное определение того, как, насколько и ко всему ли возможна и необходима А. Здесь возможно задуматься над верностью высказывания Ф.М. Достоевского о том, что человек есть существо, которое ко всему привыкает. В. Франкл выделил два возможных варианта фазы собственно личностной А.: регрессия

психологическая – психоаналитический термин, обозначающий возврат личности к онто- и филогенетически менее зрелым формам поведения (примитивизация желаний, концентрация. Фокусирование мыслей, желаний, стремлений на болезни, уход в нее); как наиболее частая реакция на психологический стресс, и морально-психологическая прогрессия, в нашем случае проявляющаяся в гиперадаптации, когда заболевший думает: «Я вам еще покажу…». Чемпион мира по троеборью Адриан Марплз, хоккеист-профессионал Бобби Халл, писатель-фантаст Герберт Уэллс были пациентами с СД. Но такие примеры нечасты: все прекрасное так же трудно, как и редко, как сказано в последней фразе «Этики» Бенедикта Спинозы. Основа А. – высокоосознанная творческая деятельность, непрерывный содержательный обмен с социальной средой, с обществом в целом, способствующие качественному обновлению среды, личности или группы, переходу их на новый более высокий уровень. Это требует осознания себя как деятеля, верного сочетания разумных потребностей личности или группы с задачами социальной среды, что возможно лишь при определенных социальных условиях. Дезактуализация самого существования при хроническом неизлечимом заболевании становится мощным дезадаптирующим фактором. Психологический статус пациента с СД можно уподобить статусу заключенного концлагеря с меньшей выраженностью симптомов – заключенный не знает, когда его освободят или когда он умрет (неопределенность конца). Так и больной не знает, когда он выздоровеет и выздоровеет ли вообще. Потеря жизненной цели проявляется в ее переориентации с собственно цели на текущее ежедневное выживание. «Принимая во внимание преимущественно временный характер, присущий человеческому существованию, более чем понятно то, что жизни в лагере (концентрационном, примеч. автора) сопутствовала потеря уклада всего существования. Без фиксированной точки отсчета в будущем человек, собственно, просто не может существовать. Обычно все настоящее структурируется, исходя из нее, ориентируется на нее, как металлические опилки в магнитном поле на полюс магнита», - писал В. Франкл. Возникает бездумное наличное существование. Отсюда ясно возникновение религиозного мировоззрения у наших больных, отсюда также возможно сформулировать основные задачи психотерапии хронических больных. Иначе говоря, без сознания безусловного смысла существования полноценная А. невозможна. А если цели личности противостоят провозглашаемым общественным целям, то возникают различные формы отклоняющегося поведения, очевидно, неизбежные в личностно-социальном развитии.

Сопоставление и определение терминов. Уровни, принципы и этапы реабилитации

Само определение философского термина А. как взаимодействия, процесса не дает точки опоры, к чему или от чего должна идти А. В данной работе мы используем как философские, так и медицинские термины. Для избежания путаницы необходимо

методически сопоставить термины, определив их значение в нашем контексте.

В буквальном смысле перевод термина «реабилитация» обозначает восстановление прав, способностей, а термин «реадаптация» - «восстановление приспособляемости» на измененном болезнью уровне.

В некоторых странах в последние годы пользуются понятием «принцип нормализации», сближающимся с термином «абилитация» (предоставление прав), применяемым часто в отношении лиц, страдающих с раннего возраста каким-либо физическим или психическим дефектом. Термин «А.» многие авторы предлагают сохранить только для биологической приспособляемости. Международное признание и распространение получил термин «реабилитация», поддержанный Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ).

Наиболее объемлющим и последовательным является определение, содержащееся в резолюции IX Совещания министров здравоохранения и социального обеспечения теперь уже бывших социалистических стран: «реабилитация… есть система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате работоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду… Реабилитация представляет собой сложный процесс, в результате которого у пострадавшего создателя активное отношение к жизни, семье и обществу».

В настоящее время принято различать медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию. В ряде стран Западной Европы и США реабилитацию рассматривают как «Третичную профилактику».

Иногда реабилитацию делят на три уровня: профилактику, лечение и собственно реабилитацию. В реабилитации (Р.) предлагают видеть «направление современной медицины, которое в своих разнообразных методах опирается, прежде всего, на личность больного, активно пытаясь восстановить нарушенные болезнью функции человека, а также его социальные связи». Р. есть суть ресоциализация, как конечная цель Р.

Кабанов М.М. предложил 4 принципа Р. и три этапа Р.:

Принципы Р.:

1. Принцип (П.) партнерства – во всех методах Р. стержневым содержанием является апелляция к личности пациента. Иначе говоря, пациент рассматривается как социальный субъект процесса взаимодействия, а не как биологический объект воздействия со стороны врача, как часто бывает в медицине.
2. П. разносторонности усилий (воздействий) – понимание Р. как сложного процесса, объединяющего усилия пациента и окружающих людей, направленные на различные сферы жизнедеятельности последнего. Выделяют сферы Р.: профессиональную, психологическую, семейную, воспитания и образования, общественную, досуга.
3. П. единства психосоциальных и биологических методов воздействия - Р. и лечение представляют собой единый процесс, разделяемый главным образом в аналитическом плане на то, что смотрит вперед и направлено на человека в целом (Р.) и на то, что смотрит больше на настоящее, наличествующее и направлено в основном на болезнь (лечение). На психосоматических взаимодействиях мы остановимся подробнее.
4. П. ступенчатости (переходности) прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий.

Всякого рода воздействия, в т.ч. и психосоциальные (психотерапевтические, трудотерапевтические и др.) необходимо назначать в определенных дозах, с постепенным «ступенчатым» переходом от одного реабилитационного воздействия (усилия, мероприятия) к другому, от одной формы организационного взаимодействия к другой.

Этапы Р.:

1. Восстановительная терапия не только средство для достижения реадаптации и Р., но и начальная стадия этого сложного процесса. Задача этапа – предотвращение формирования психического дефекта, явлений госпитализма, «сползания больного к инвалидизации», виктимизации личности. Здесь создается биологическая основа (медикаментозное лечение, физиотерапия и т.п.) для последующей ресоциализации.
2. Реадаптация-приспособление больных на том или ином уровне к условиям внешней среды. Здесь уже преобладают психосоциальные воздействия, среди которых на первое место выдвигается стимуляция социальной активности больных различными способами. Проводится работа не только с пациентом, но и с его родственниками, ближайшим окружением. Обучение «умению жить», «умению общаться с людьми» играет весьма существенную роль в ресоциализации больных. Биологическое лечение

на данном этапе ограничивается, как правило, поддерживающими или купирующими обострения дозами препаратов, в нашем случае инсулина или сахароснижающих таблеток, что в нейрофизиологическом аспекте соответствует уровню функциональной компенсации.
3. Р. в прямом смысле этого слова, цель – восстановление доболезненного уровня индивидуальной и общественной ценности пациента, восстановление органичного сочетания индивидуума и среды. Здесь большое значение придается клубной работе, работе с группами больных и со смешанными группами «пациенты-здоровые».

Мне представлялось бы целесообразным выделить еще этап Сверхадаптации (Сверх-Р.), вспомнив примеры А. Марплза, Б. Хала, Г. Уэллса, когда борьба с болезнью приводила к достижению выдающихся общественных результатов пациентом. Болезнь как бы служила толчком для более полной самореализации личности.

Для меня по-прежнему остается проблемой количественная оценка степени А. или так называемого «комплайнса», что, по-видимому, связано с отсутствием сущностного определения А. Пока же приходится довольствоваться большим набором клинических, социальных, психологических критериев, пока тоже не сводимых в некое единство. Биологизаторские попытки Г. Селье оценки адаптационного синдрома по уровням гормонов надпочечников в крови уже многократно подвергались критике. Счастье человека трудно измерить как концентрациями определенных метаболитов, как уровнем доходов или социальным статусом, так и баллами, получаемыми из психологических опросников. Изучение принципа А. будет доказательным только при изучении его в целостности. Как показал И. Кант, высшей формой познания взаимоотношения объекта (здесь среды) и субъекта (здесь личности) является нравственное его выражение, следующее за чувственным, рассудочным и разумным уровнями познания.

Внутренняя картина болезни – аккомодационная часть процесса адаптации

В процессе А. к соматическому заболеванию складываются разнообразные соматопсихические и психосоматические взаимодействия. В случае СД очевидна первичность возникновения соматического дефекта, сопровождающегося хроническим повышением сахара крови и многочисленными соматическими осложнениями. Нельзя не заметить, что соматические сдвиги, меняя всю жизнь человека, не могут не привести к изменениям личности пациента и к изменениям его социальных взаимодействий.

Соматопсихически формируется ВКБ, иначе называемая аутопластическая картина болезни, отношение к болезни, сознание болезни, соматонозогнозия, психологическое информационное поле болезни. Но с формированием ВКБ не завершается процесс развития «вторичных» осложнений СД, требующий третичной профилактики. Замыкается патогенетическая обратная связь: ВКБ сама начинает влиять на течение СД, привнося уже психосоматические элементы в клиническую картину болезни. По мнению В. Тополянского и М. Струковской, известное со времен далекой древности положение о том, что соматическая симптоматика может успешно камуфлировать лежащие в ее основе аффективные нарушения, превращая эмоционально нестабильных людей в «вечных больных» многих врачей, отчетливо прослеживается и в отечественной, и в зарубежной литературе на протяжении уже почти двух веков. Все большая актуальность этой проблемы в настоящее время объясняется, прежде всего, чрезвычайной распространенностью психосоматических заболеваний во врачебной практике. Отсутствие выраженных морфологических изменений внутренних органов по-прежнему обрекает, однако, миллионы людей, страдание которых обусловлено исключительно или преимущественно эмоциональными перегрузками, на бесконечные скитания по врачам и позволяет врачам говорить о воображаемых мнимых болезнях (о чисто субъективной природе страдания, якобы не имеющей под собой никакой объективной структурной платформы). Несовершенство методов исследования на данном этапе развития медицины (невозможность объективно подтвердить причину страдания больного или чувствующего себя нездоровым человека при формировании структурных изменений на нейрогуморальном, клеточном, субклеточном или молекулярном, т.е. в основном метаболическом или энергетическом уровне) почти неизбежно делает термин «функциональные расстройства» своего рода симптомом-мишенью, свидетельством непонимания или даже сознательного игнорирования важнейшего биологического принципа единства структуры и функции.

Бытующее в практической медицине подразделение патологических состояний на «органические» (безусловно имеющие органическую основу) и функциональные» (как бы не имеющие ее) почти безоговорочно квалифицируют в связи с этим как неправомерный отрыв функции от структуры, как незаконное их противопоставление. Более или менее четкое, хотя и очень условное по существу, разграничение функциональных расстройств и органических заболеваний, необходимость которого диктуется так или иначе разным происхождением, прогнозом и, главное, различной терапией этих патологических состояний, расценивают подчас как опасную тенденцию к метафизике и физиологическому идеализму, прямую или в известной мере замаскированную угрозу абсолютизирования функционального начала в живом организме (чуть ли не витализма как такового), что производит столь различающиеся точки зрения на проблему А. (Р.) при определенных заболеваниях.

Структуру как философскую категорию рассматривают в настоящее время как некую совокупность не только элементарных объектов, организованных определенным

образом во времени и пространстве, но и тех материальных взаимодействий между ними, благодаря которым данная совокупность «образует единый материальный объект со своей качественной и пространственной определенностью». Структура как медико-биологическая категория выступает в свете этого положения как пространственно-временная организация функции. Любое (не только во время болезни, но и в процессе нормальной жизнедеятельности) изменение функции влечет за собой соответствующую перестройку структуры, любое преобразование структуры приводит к закономерному изменению функции. Т.е. А. есть процесс, сопровождающий жизнедеятельность вне зависимости от наличия или отсутствия заболевания (здесь СД). Таким образом, структура и функция, как материальный субстрат и его динамика, неразделимы. «В конце концов, структура тела эволюционировала для того, чтобы лучше выполнять определение функции», - замечает Хассетт. Значит мы можем рассматривать А. как отрезок эволюционного процесса на продолжительности жизни одного организма. На практике понятие структуры как медико-биологической категории по-прежнему сводят, однако, к определенной анатомической основе страдания (обязательному наличию той или иной морфологической перестройки в виде воспалительных, дистрофических, некротических или других изменений на клеточном, тканевом, органном или системном уровне). Сложнейшие и нередко скоротечные вследствие крайней нестойкости целого ряда медиаторов и относительной легкости перехода их в другие соединения, биохимические и энергетические превращения, обусловленные острым эмоциональным стрессом или хронической психотравмирующей ситуацией, какой к примеру является СД, и по существу определенные психофизические закономерности, функциональные взаимосвязи различных биологических процессов в целостном организме, к структурным сдвигам чаще всего не относят из-за отсутствия собственно морфологических изменений. Функциональные расстройства внутренних органов, возникающие за счет тончайших, еще до конца не изученных энергетических и биохимических сдвигов (как следствие динамической корково-подкорковой дисфункции при эмоциональных перегрузках у миллионов людей), неправомерно в итоге включают в разряд ирреального, не имеющего якобы никакой структурной подоплеки вообще. Принципиальное игнорирование функциональных висцеровегетативных расстройств центрального происхождения (со структурной основой на энергетическом и биохимическом уровнях) заставляет врача видеть в своих многочисленных «проблемных» пациентах либо чуть не симулянтов, особенно в немолодом уже возрасте, либо тяжелых больных с хроническим поражением внутренних органов или нервной системы.

Каждому клиницисту известно вместе с тем, что функциональные нарушения нередко предшествуют анатомическим, заметно обгоняя их в своем развитии на определенных этапах болезни. Любое соматическое заболевание (СД в том числе) неизбежно обрастает вторичными функциональными наслоениями за счет отрицательных эмоций, что позволяет говорить о всеобщем характере психогении, требующей адекватного, в частности психотерапевтического вмешательства. Нет таких областей в патологии, где не участвуют психосоматические механизмы, где не было бы своих функциональных проявлений при уже остановившемся или даже полностью отзвучавшем патологическом

процессе.

Современная медицина не должна повторить ошибок микробиологии, забывшей о личности больного в апофеозе все новых и новых открытий. Пора признать, наконец (или, вернее, снова) психофизическое и психосоматическое единство страдающего человека.

Аккомодационной частью процесса А., по нашему мнению, при заболевании является ВКБ, складывающаяся при взаимодействии социализации личности и течения болезни. Структурно в ВКБ входят МПЗ. По З. Фрейду все МПЗ обратимы (читай излечимы). Фрейд писал: «… затруднение в понимании психоанализа лежит не в нем, а в вас самих, поскольку до сих пор вы занимались изучением медицины. Стиль вашего мышления, сформированный предшествующим образованием далек от психоаналитического. Вы привыкли обосновывать функции организма и их нарушения анатомически, объяснять их химически и физически и понимать биологически, но никогда ваши интересы не обращались к психической жизни, которая как раз и является венцом нашего удивительно сложного организма… Мне ясно, чем оправдывается этот недостаток в вашем образовании. Вам не хватает философских знаний, которыми вы могли бы пользоваться во врачебной практике. Ни спекулятивная философия, ни описательная психология, ни так называемая экспериментальная психология, смежная с физиологией чувств, как они преподносятся в учебных заведениях, не в состоянии сказать нам что-нибудь вразумительное об отношении между телом и душой, дать ключ к пониманию возможного нарушения психических функций… Психоанализ как раз и стремится восполнить этот пробел. Он предлагает психиатрии недостающую ей психологическую основу, надеясь ту общую базу, благодаря которой становится понятным сочетание соматического нарушения с психическим».

Для проведения целенаправленной Р. (А.) необходимо разделить элементы ВКБ, плотно переплетающиеся с другими психическими образованиями у человека-пациента. В этом несомненно может помочь сочетание клинического и прикладного психоанализа. Зарождение прикладного психоанализа, системы взглядов, идей и теоретических представлений, заложенных в его основу, связано прежде всего с клиническим психоанализом. Однако, если в клинике речь идет о безусловном отступлении от нормы, о больных людях, то здесь предполагается, что применение психоанализа оправдано целью более глубокого понимания различных аспектов культуры, политики, общества и сущности человека. Прикладной психоанализ дал клинике много ценных результатов, - считает профессор А.И. Белкин. Такой взгляд диктует необходимость включения в комплекс реабилитационных (адаптационных) мероприятий не только адекватной психокоррекции, но и активного влияния на саму среду, на общество в целом.

Преобладание ассимиляционных тенденций в процессе адаптации в современных диабетических обществах

Адаптирующее влияние личности и/или групп людей в процессе ассимиляции опосредуется уже на социальном уровне.

Интересно, что СД известен клиницистам уже тысячи лет, а общественные организации пациентов возникли только в нашем веке. Первая диабетическая общенациональная ассоциация была сформирована в Португалии в 1926г. доктором Эрнесто Рома, который вернувшись из Бостона, где он увидел чудесное действие инсулина и понял, что для пациентов с СД наступила новая эра. Я думаю, что именно выделение Бантингом и Бестом в 1921г. инсулина продлило жизнь больным СД и породило общественное движение, принявшее сейчас международные масштабы. Международная Диабетическая Федерация (МДФ), образованная в сентябре 1950г. по инициативе доктора Лоуренса, профессора Хута и писателя-фантаста Г.Уэлса к 1992г., уже включает в себя более 100 национальных ассоциаций. Под влиянием МДФ ВОЗ объявила ***26 июня Международным днем сахарного диабета***. В Европе в 1989г. принята Сен-Винсентская Декларация, к которой в свое время присоединился и СССР, обязуясь таким образом решать проблемы СД на государственном уровне. Правоприемницей СССР стала Россия. 6 октября 1991г. на своем съезде РДА приняла собственную декларацию.

Таким образом, общественное диабетическое движение оказывает реальное воздействие на мировые политические процессы в области здравоохранения, социального обеспечения, финансирования науки в определенных направлениях; на развитие определенных отраслей промышленности (фармацевтической, медицинского оборудования, издательское дело).

Объективно становится заметным преобладание адаптирующего влияния личности и групп людей, связанных с СД, над аккомодационно-адаптивными реакциями на болезнь, что необходимо учитывать при планировании реабилитационных программ и задач диабетического движения на ближайшее будущее. Происходит социализация процесса А. на надличностном уровне, в то время как на уровне личности происходит социализация ВКБ.

Очевидно, ассимиляция общественная в настоящее время выступает противовесом диссимиляции государственно-экономической и политической в нашей стране. Идет взаимоприспособление личностных и общественных изменений. Интересен взгляд на это Президента Российской Психоаналитической Ассоциации проф. Белкина А.И., посмертного Почетного члена РДА: «Общество перестраивается по модели перевернутой пирамиды или по типу авторитарного правления… идея размежевания усваивается проще, чем процесс консолидации и психологической идентификации (отождествления своего Я с другими). Процесс же, представляющий обратную сторону идентификации, назван мною дистинкцией. С точки зрения психоанализа, в период формирования своего «Я» личность всегда противопоставляет себя другим личностям, группам людей, даже общностям. Она стремится оформиться в суверенную единицу, осознать собственную независимость и может уверенно объединяться с другими людьми, самостоятельно выбирая линию поведения. Только избавляясь от инфантилизма, зрелый человек (или общественная организация-М.Б.) приобретает способность преодолевать дистинкцию. В условиях тоталитарной системы и застоя не только отдельные люди, но, увы, все общество пребывало в заторможенном, инфантильном состоянии…»

Время разбрасывать камни всегда сменяется временем собирать камни. По прошествии тридцати лет от развала СССР социально-психологические задачи современного диабетического движения требуют нового осмысления.

Социальный контроль, социальная мобильность и отклоняющееся поведение в процессе адаптации

При ослаблении тоталитаризма неизбежно усиливается социальная мобильность (СМ) – изменение индивидом или группой социальной позиции, места, занимаемого в социальной структуре. СМ может рассматриваться в рамках теории классов и классовой борьбы или в свете теории социальной стратификации, но это не наша задача. При усилении СМ должен усилиться и социальный контроль (СК). СК – совокупность процессов в социальной системе (обществе, социальной группе, организации и т.п.), посредством которых обеспечивается следование определенным образцам деятельности, а также соблюдение ограничений в поведении, нарушение которых отрицательно сказывается на функционировании системы. «Образцы» поведения в настоящее время меняются в России. Гибкость СК, изменение его механизмов в соответствии с новыми целями и условиями, возникающими в процессе общественного

развития, являются важными предпосылками социального прогресса. Жесткий, всепроникающий контроль порождает конформизм, ведет к социальному застою, деградации; слабый, малоэффективный СК способствует росту отклоняющегося поведения (ОП) вплоть до антиобщественного и преступного (что можно ожидать в настоящих условиях).

ОП необходимо в процессе А., но не в формах правонарушений, преступности, алкоголизма и т.п. Исторически не оправданы и регрессивные формы ОП, например, диабетические общества-«просители» льгот у государственных структур. Однако, если индивиды имеют общие цели, но узаконенные средства для достижения этих целей доступны не всем в равной мере или вовсе недоступны для некоторых социальных групп, то в обществе следует ожидать высокий уровень ОП. В нашем обществе универсальным средством достижения разнообразных целей становятся материальные средства, и между тем идет очень интенсивное расслоение населения по уровню доходов. Поэтому мы вправе предположить разнонаправленность процесса А. в нашем обществе.

Формированию ОП способствует ослабление следующих видов СК:
1. Прямой контроль, осуществляемый посредством наказаний.
2. Внутренний контроль, основанный на интернализированных нормах и ценностях.
3. Косвенный контроль, связанный с идентификацией с родителями, друзьями, близкими и т.п.

С точки зрения психологии личности мы могли бы предложить рассмотрение ОП как проявление различных МПЗ, входящих в структуру ВКБ при СД. Вспомнив, что по З. Фрейду все МПЗ обратимы, станет ясно, что и все формы ОП обратимы тоже.

Исходя из изложенного, закономерно подвести итоги, сделать логически обоснованные выводы:

1. Планирование и целенаправленное изменение процесса Р. возможно в аккомодационной его части и должно учитывать как этапность многоуровневого воздействия, так и личностные особенности ВКБ, влияя на страдающего человека как на единое целое.
2. Развитие деятельности диабетических обществ РДА в целом должно идти по пути

ассимиляции в настоящее время в формах предпринимательства, законодательной инициативы, стимулирования ОП в рамках закона как формы поиска решений в нестандартной ситуации ослабления СК и увеличения СМ.
3. Основной задачей психотерапевтического лечения для конструктивного изменения ВКБ при СД является установке врачом цели, точки отсчета в будущем, приемлемой и достижимой пациентом, что активирует пациента и мотивирует его к изменению образа жизни, поведения, вовлекает личность в целом, а не организм как биологический объект, в процесс А. (Р.) и лечения.

Список литературы:

1. Богомолов М.В. ж. «Пробл. эндокринол.» №2-1991, с. 24-25.
2. Философский Энциклопедический Словарь, М., 1983.
3. Бобнева М.И. «Социальные нормы и регуляция поведения», М., 1978.
4. Российский Психоаналитический Вестник, М., 1991.
5. Богомолов М.В. «Развитие внутренней картины болезни у детей и подростков при сахарном диабете в возрастном и клиническом аспектах» в печати в ж. «Педиатрия» 1992.
6. Лурия Р.А. «Внутренняя картина болезни и атрогенные заболевания», М.-Л., 1985.
7. Кабанов М.М. «Реабилитация психически больных» Л., 1985.
8. Маркарян Э.С. «Вопросы системного исследования общества» М.
9. Александровский Ю.А. «Состояния психической дезадаптации и их компенсация», М., 1978.
10. Достоевский Ф.М., Собр. Соч., т. 3, 1996.
11. В. Франкл «Человек в поисках смысла», М., 1990.
12. Б. Спиноза, Избр. произв., т. 1, 1957.
13. Исаев Д.Н., Зелинский С.М. ж. «Педиатрия»-1991.-№2.-С.33-37.
14. Сахарный диабет, серия тех. докл. ВОЗ №737, Женева, 1987.
15. Г. Селье «Очерки об адаптационном синдроме» М., 1960.
16. Царегородцев Г.И., Ерохин В.Г. «Диалектический материализм и теоретические основы медицины» М., 1986.
17. Философия Канта и современность, Сб. ст., М., 1979.
18. Тополянский В.Д., Струковская М.В. «Психосоматические расстройства» М., 1986.
19. З. Фрейд «Введение в психоанализ. Лекции.» М., 1991.
20. ж. «Диабет. Образ жизни», 1991-№1.-С.38-39.
21. Декларация 2 Съезда РДА от 06.10.91г.

Список сокращений.

СД – сахарный диабет
ВКБ – внутренняя картина болезни
МПЗ – механизмы психологической защиты
2МОЛГМИ – Второй московский ордена Ленина Государственный Медицинский институт
РГМУ – Российский Государственный Медицинский Университет
А – адаптация
Р – реабилитация
П – принцип
РДА – Российская Диабетическая Ассоциация
РПА – Российская Психоаналитическая Ассоциация
РУДА – Российская Украинская Диабетическая Ассоциация
СМ – социальная мобильность
СК – социальный контроль
ОП – отклоняющееся поведение