## Введение

Тема статьи "К вопросу об изучении психологии терминальных больных" является актуальной на сегодняшний день не только в Республике Беларусь, но и за рубежом. Данная тема практически не обсуждается в научных кругах нашей страны, существует дефицит литературы, наше общество не информировано о проблемах терминальных больных.

В последнее время, все больше авторов, создавая новые проекты психолого-педагогической работы с детьми с умственной отсталостью, в основу их построения закладывают идею ребенка как субъекта, как неповторимой личности, способной развиваться в собственном темпе. Именно в сохранении и развитии уникального мира и личности умственно отсталого ребенка, его "эмоционального и душевного потенциала", "насыщения ребенка чувством и смыслом" лежат, по мнению авторов, "симптомы борьбы" (Л.С. Выготский) ребенка с собственным интеллектуальным нарушением. Факт существования внутреннего мира умственно отсталого ребенка, его внутренней, осмысленно структурированной жизни, побуждает к поиску путей встречи с ребенком в ходе психодиагностической и коррекционной работы с ним.

К вопросу об изучении психологии терминальных больных

Основные задачи работы "К вопросу об изучении психологии терминальных больных":

1) Обратить внимание общества, и в частности врачей, на данную проблему. Так как во многих случаях врачи не знают как правильно работать с такими пациентами, как общаться с их родственниками.

2) Попытаться найти наиболее рациональные пути её решения.

Терминальное состояние (от лат. terminalis-относящийся к концу, пограничный) - т.е. состояние пограничное между жизнью и смертью.

К терминальному состоянию относят умирание, включающее несколько стадий, начальные этапы постреанимационного периода. Качественный переход от жизни к смерти представляется последовательным закономерным нарушением функций и систем организма, заканчивающихся их выключением.

В годы атеистической идеологии в СССР произошло выхолащивание медицинской этики. В те годы медперсоналу зачастую было непонятно, как надлежит работать с терминальными больными. Речь идет не о врачебных процедурах, а о той внутренней растерянности, с которой врачи и медсестры входили в палаты обреченных. Зачем умирающему даны эти последние дни? Допустимо ли до последнего часа скрывать от терминального больного правду об истинном диагнозе?

Ответы на эти вопросы искала доктор Элизабет Кюблер-Росс, исследования которой были посвящены психологии терминальных больных. На основании большого количества наблюдений можно выделить пять этапов, которые проходит психика человека с диагнозом смертельной болезни.

Первая стадия - стадия отрицания и неприятия трагического факта. Состояние близкое к шоку. Доминирующими в этот период являются высказывания: “Только не я", “Не может быть”, “Это не рак" и т.п. Своеобразной психологической защитой является отрицание фатального заболевания, активное обследование у различных специалистов с применением новейших параклинических методов диагностики.

Вторая стадия - стадия протеста. Когда первое потрясение проходит, многократные исследования подтверждают наличие фатального заболевания, возникает чувство протеста и возмущения. “Почему именно я? ”, “Почему другие будут жить, а я должен умереть? ”, “Почему так скоро, ведь у меня еще так много дел? ”и т.п. Как правило, прогрессируют симптомы реактивной депрессии, возможны суицидальные мысли и действия.

Третья стадия - просьба об отсрочке. В этот период происходит принятие истины и того, что происходит, но “не сейчас, еще немного".

Четвертая стадия - реактивная депрессия, которая, как правило, сочетается с чувством вины и обиды, жалости и горя. Причиной депрессии является беспомощность перед лицом судьбы, ощущение зависимости от окружающих. Больной понимает, что он умирает.

Пятая стадия - принятие собственной смерти. Характерно для этой стадии то, что больной ориентируется не на дальние перспективы, а на сиюминутную жизнь. В это время могут происходить невероятные превращения в личностном облике больного. Осознание близости смерти, её неотвратимости мобилизует огромный духовный потенциал личности, способствующий быстрому росту личности. В новых качествах раскрываются интересы и запросы пациента.

## Семантический эксперимент психологии субъективной семантики Е.Ю. Артемьевой и возможности психодиагностики умственно отсталых детей

Перспективным представляется использование семантического эксперимента, разработанного в рамках психологии субъективной семантики Е.Ю. Артемьевой. Он позволяет исследовать особенности "очеловечивания, обживания" (В.П. Зинченко), наполнения внутренним смысловым содержанием объектов, явлений и ситуаций окружающего мира умственно отсталым ребенком.

Являясь ветвью психосемантики, психология субъективной семантики базируется на идее о том, что изучение смысла (как и значения) объекта, явления и ситуации окружающего мира лежит в плоскости анализа системы его (смысла) существенных признаков. Иными словами, понять смысл объекта для ребенка можно по тому как, с помощью каких категорий он его описывает. В качестве средства объективизации смысла ребенку предоставляются биполярные шкалы семантического дифференциала (добрый - злой, приятный - неприятный, старый - молодой и т.д.). Структурированная совокупность семантических координат, по которым он выделяет, классифицирует и оценивает значимые свойства объекта, образуют субъективную семантику ребенка. Каждая семантическая категория является координатой субъективного опыта ребенка и несет в себе в свернутом виде след его действия или взаимодействия с описываемым объектом. По мнению Е.Ю. Артемьевой, именно субъективный опыт является источником уникального смысла объекта для ребенка и тем, что обеспечивает его встречную активность в процессе осмысления мира.

С целью экспериментального представления этого процесса используются варианты нежестких инструкций и неопределенных стимулов. Непосредственному экспериментальному изучению подвергаются семантики объектов, предъявляемые ребенку "в разных модальностях и не являющиеся чувственно модальными, но не являющиеся и искусственно созданными текстами": визуальная семантика форм, семантики запахов, вкусов и др. В отличие от объектов (или текстов), которые аппелируют к явно сообщаемой категориальной системе ("вещи мира", "инструменты", "существа", "социальные существа", "предметы действия" и т.д.), неопределенные стимулы "не сообщают", в какой категориальной системе необходимо с ними работать. Ребенок совершает выбор категориального контекста самостоятельно. Наблюдая за ходом семантического описания того или иного стимула, фиксируя его этапы, психолог приобретает возможность не только содержательно описать смысл объекта или явления для умственно отсталого ребенка, но и понять его природу, вскрыть сам механизм процесса осмысления: его нарушенные и сохранные звенья.

Исследование особенностей "означения", содержательного наполнения смыслом, субъективным отношением объектов окружающего мира умственно отсталыми подростками было осуществлено нами на материале семантического описания ими бессюжетных геометрических изображений по 14-шкальной модификации семантического дифференциала. Результаты данного исследования позволили заключить, что смысл объекта скрыт для умственно отсталого подростка за массой его несущественных признаков. В связи с этим, необходимо создание специальных условий, способствующих *осознанному проживанию* подростком *смысла* объектов, явлений и ситуаций окружающего мира, накоплению им эмоционально-смыслового опыта взаимодействия с миром как источника осмысленного отношения к нему.

## Особенности памяти при нормальном и нарушенном развитии в детском возрасте

Знаниям о психологических особенностях детей всегда придавалось огромное значение. Особого внимания требуют к себе дошкольный возраст, когда детский организм подвержен влиянию многих факторов, и любое промедление в своевременной диагностике и начале коррекционной работе может привести к тому, что ребенок оказывается неуспевающим учеником. Детская нейропсихология располагает рядом исследований посвященных изучению отдельных психических функций детей, в том числе и памяти. Однако, многие аспекты нуждаются в дальнейшем изучении в связи с расширением возможностей коррекционных программ в условиях системы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения развития ребенка. Одним из наиболее актуальных направлений научных исследований является продолжение изучения особенностей памяти, играющей ключевую роль в познавательной деятельности человека и, соответственно, в его обучении. Представленная работа является обзором литературы посвященной проблеме изучения памяти в детском возрасте, и несет в себе определенный теоретический потенциал, который может помочь в поиске путей дальнейших исследований.

## Характеристика особенностей памяти при нормальном и нарушенном онтогенезе

Память представляет собой процесс сохранения информации о раздражителе после прекращения действия раздражителя. Основные характеристики памяти: длительность формирования следов, их прочность и продолжительность удержания, объем запечатленного материала, точность его считывания, особенности воспроизведения. Мнестическая деятельность обеспечивается сложной системой совместно работающих отделов мозга, причем каждый из этих отделов вносит свой вклад в эту сложную деятельность.

Память ребенка отличается большей пластичностью, что создает благоприятные условия для быстрого пассивного запечатления и его легкого забывания. Развитие памяти ребенка выражается в том, что: увеличивается объем запоминаемого; нарастает полнота, системность, системность и точность воспроизводимого материала; удлиняется скрытый (латентный) период; запоминание все чаще опирается на смысловых связи, что обеспечивает ученику возможность свободно оперировать приобретенными знаниями в разного рода задачах; память приобретает произвольный характер. Развитие произвольной памяти обеспечивается расширяющимися возможностями самостоятельной разнообразной деятельности ребенка и все более активным его включением в разные виды общения с взрослыми и сверстниками. Непроизвольное запоминание продолжает сохранять свое значение. В зависимости от разных задач этот вид памяти оказывается у ребенка иногда более продуктивным, чем волевая память.

При локальных поражениях мозга обычно выделяются 2 основных вида нарушения памяти:

1) модально-неспецифические нарушения - группа патологических явлений, не однородных по своему характеру, для которых общим является плохое запечатление стимулов любой модальности и связано с нарушением разных уровней срединных неспецифических структур мозга и повышенной реминисценцией следов;

2) модально-специфические нарушения - которые связаны с определенной модальностью стимулов и распространяются только на раздражители, адресующиеся к одному анализатору.

К особенностям памяти при дисфункции мозговых структур относятся:

при поражении диэнцефального уровня - нарушение кратковременной памяти, усиление действий механизмов интерференции.

при поражении медиальных и базальных отделов лобных долей мозга - нарушения кратковременной памяти, повышение интерференции следов, расстройство семантической памяти, страдают процессы опосредованного запоминания.

при поражении анализаторных систем мозга - нарушения слухоречевой памяти зрительно-речевой памяти (преимущественно при поражении левого полушария), а также амузии, агнозия на лица, нарушения зрительно-пространственной памяти (преимущественно при поражении правого полушария ГМ).

У детей с отклонениями в развитии (с задержкой психического развития) память развита лучше, чем у умственно-отсталых детей, имеющих органические поражения мозга. Но она уступает памяти здоровых детей, обучающихся в общеобразовательной школе. Детьми с отклонениями в развитии лучше запоминается зрительно предъявленный неречевой материал. По продуктивности непроизвольного запоминания дети с ЗПР занимают промежуточное положение между здоровыми и детьми с УО.

## Эмоциональная регуляция при расстройствах аффективного спектра: когнитивный подход

Основной отличительной характеристикой расстройств аффективного спектра, т.е. депрессивных и тревожно-фобических расстройств является то, что больные не способны регулировать, контролировать и предотвращать возникновение патологически выраженных отрицательных эмоций: тоски (при депрессиях), тревоги (при тревожных расстройствах), страха (при фобиях и обсессивных расстройствах). Попытки клинико-психологической интерпретации нарушений регуляции эмоций при указанных расстройствах делались с точки зрения нейропсихологии, психоанализа, культурно-исторического подхода и др. Однако нарушения эмоциональной регуляции с позиций современного когнитивизма стали интересовать ученых лишь в самое последнее время. Ниже представлены некоторые клинические и клинико-психологические данные, иллюстрирующие эвристичность оригинальной общепсихологической модели Дж. Гросса для исследований эмоциональной регуляции в клинике депрессивных и тревожно-фобических расстройств.

По мнению Дж. Гросса, под эмоциональной регуляцией понимается "определенная когнитивная деятельность и соответствующее ей поведение, которые влияют на возникновение, интенсивность, течение и выражение эмоциональных состояний". По времени возникновения в процессе поведенческого акта, выделяются следующие компоненты эмоциональной регуляции: выбор ситуации, изменение наличной ситуации, концентрация внимания, когнитивная модификация, модуляция ответа.

Выбор ситуации - это совокупность действий, которые позволяют повернуть ситуацию таким образом, чтобы она привела к желательной эмоции или, напротив, не привела к нежелательной. Нарушение этого компонента при тревожных и депрессивных расстройствах проявляется с одной стороны в явлениях "ситуативного предотвращения" (так больные с фобиями стараются всячески себя отгородить от предметов своего патологического страха), а с другой - в феномене "социального изъятия", который наиболее характерен для депрессивных больных. Хотя такое избегающее поведение может первоначально защитить пациентов от отрицательного опыта, оно, в конце концов, приводит к выраженному дефициту положительных событий, что негативно влияет на эмоциональное состояние больных.

Изменение наличной ситуации. Если предотвращение какой-либо реальной ситуации невозможно, пациенты могут использовать стратегию ее изменения, прибегая, например, к т. н. "сигналам безопасности" - людям или объектам (несколько таблеток диазепама в кармане), способствующим уменьшению страха и тревоги в данной, травматичной для больного, ситуации.

Концентрация внимания, в модели Дж. Гросса, - это способность человека использовать свое внимание с целью изменения наличного эмоционального состояния. При депрессивных и тревожно-фобических расстройствах имеют место следующие феномены, связанные с данным компонентом эмоциональной регуляции. Во-первых, это подавление: например, больные с навязчивыми мыслями контрастного содержания (в частности при обсессивно-компульсивном расстройстве) склонны к их сознательному подавлению; однако, такая стратегия не только не уменьшает, но и увеличивает навязчивости, что приводит к интенсификации страха, тревоги, дисфории и др. отрицательных эмоций. Во-вторых, это отвлечение внимания: больные стараются не концентрироваться на негативных переживаниях, погружаясь в какую-либо малопродуктивную деятельность (просмотр телепередач, чтение книг, компьютерные игры и т.п.). Однако и эта стратегия является малоэффективной, поскольку при "погружении в отвлечение", люди не способны активно решать реальные проблемы, что ведет к очередному витку дезадаптации. В-третьих, это постоянные руминации и размышления, приближающиеся по своему характеру к обсессиям, которые также могут служить источником дезадаптиции больных.

Когнитивная модификация (пересмотр отношения человека к тому или иному событию). Как было показано в ставших уже классическими исследованиях А. Бека и коллег, для больных с расстройствами аффективного спектра характерны специфические искажения мышления, которые и являются причиной эмоциональных нарушений. Проблемные ситуации оцениваются больными не реалистично, а искаженно; зачастую используются защитные механизмы рационализации, препятствующие активному разрешению жизненных трудностей.

Согласно концепции Дж. Гросса, под модуляцией ответа понимается прямое и непосредственное воздействие на физиологические и поведенческие проявления эмоций. Одной из наиболее неадекватных форм модуляции ответа, используемой больными с тревогой и расстройствами настроения, является использование психоактивных веществ, которые дают кратковременный эффект редукции отрицательных эмоций. В качестве примеров можно привести бензодиазепиновые зависимости у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами, а также различные формы алкоголизма и наркоманий у депрессивных больных.

## Заключение

Общие недостатки механической памяти детей с ЗПР: заметное по сравнению с нормой снижение результативности первых попыток запоминания; несколько большее количество попыток, необходимых для заучивания материала (медленное нарастание продуктивности запоминания); сниженной объем запоминания; повышенная тормозимость следов побочными воздействиями; нарушения порядка воспроизводимых словесных и цифровых рядов; несколько более низкий (на 2-3 года) уровень продуктивности памяти по объему и качеству на протяжении школьного возраста; сниженная помехоустойчивость при запоминании.

Из всего вышесказанного следует, что для разрешения данной проблемы необходимо повышать уровень психологической подготовки и правил общения с терминальными больными как врачей, так и среднего медицинского персонала. Проводить семинары, конференции и главное тренинги на тему терминального состояния, методов лечения и помощи пациентам со смертельным диагнозом.

## Список литературы

1. Калиновский П.В. Переход. Последняя болезнь, смерть и после. М., 2007.
2. Порш Т. // Журн. Русское возрождение. 2008. № 44.
3. Лопухин Ю.М. // Журн. Вестник РАМН. 2006. №12.
4. Артемьева, Е.Ю. Основы психологии субъективной семантики / Е.Ю. Артемьева. - М.: Смысл, 2009.
5. Артемьева, Е.Ю. Психология субъективной семантики / Е.Ю. Артемьева. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 2007.
6. Зинченко, В.П. От классической к органической психологии / В.П. Зинченко // Вопр. психологии. − 2008. − № 6.
7. Руководство по работе с детьми с умственной отсталостью: учеб. пособие / М. Пишчек; науч. ред. М. Пишчек / Пер. с польск. − СПб.: Речь, 2008.
8. Сакс О. Человек, который принял жену за шляпу и другие истории из врачебной практики / О. Сакс / Пер. с англ. − СПб.: Science Press, 2008.
9. Борякова Н.Ю. Клиническая и психолого-педагогическая характеристика детей с задержкой психического развития. М., 2008.
10. Киященко Н.К. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. М: Изд-во МГУ, 2006.
11. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М., 2008.
12. Рубенштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 2009.
13. Shenal, B. V., Harrison, D. W., & Demaree, H. A. The neuropsychology of depression: A literature review and preliminary model. Neuropsychology Review, 13 (1), 33-42.
14. Филатова Т.В. Особенности познавательной деятельности при эндогенных депрессиях с "ювенильной астенической несостоятельностью" (нейропсихологическое исследование). Дисс... канд. психол. наук. М., 2007.
15. Психоанализ депрессии / Под ред. М.М. Решетникова. СПб., 2009.
16. Тхостов А.Ш., Колымба И.Г. Феноменология эмоциональных явлений // Вестник МГУ, сер.14 Психология, № 2, 2009.
17. Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2008) Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders // Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press.
18. Gross, J. J. (Ed) (2007). Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press.
19. Драгунская Л.С. Мотивация, социальная поддержка и депрессия // Ж. невропатологии и психиатрии им.С. С. Корсакова, 1987, № 9.
20. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред.Д. Барлоу.3-е изд. СПб.: Питер, 2008.