

РАБОТА ПСИХОЛОГА С КОМПЛЕКСОМ НЕПОЛНОЦЕННОСТИ КАК ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ ФРУСТРАЦИИ ПОТРЕБНОСТИ В ПРИНАДЛЕЖНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Мельник Н.В.

*Мельник Наталия Валерьевна – магистрант,
направление: педагогическое образование,
социально-педагогический институт
Мичуринский государственный аграрный университет, г. Мичуринск*

Аннотация: в статье рассматривается воздействие комплекса неполноценности у пожилых людей с высоким уровнем тревожности на фрустрацию потребности в принадлежности и преодолении отчуждения.

Ключевые слова: работа психолога, комплекс неполноценности, тревожность, потребность в принадлежности.

Анна Ивановна – постоянная пациентка терапевтического отделения. По её собственному признанию, к врачам скорой помощи она обращается несколько раз в неделю, а иногда и по несколько раз в день. Причина – повышение артериального давления. Появляются тревога, страх, беспокойство. При госпитализации все эти симптомы исчезают, но после выписки появляются снова. По мнению медицинских работников, Анне Ивановне не хватает внимания, результаты её клинических обследований соответствуют возрасту.

Стоит отметить, что количество таких пациентов в терапевтических отделениях медицинских учреждений доходит до 50%. После завершения трудовой деятельности для подобных больных проблемы здоровья становятся главными. Разговоры о лекарствах, чтение медицинской литературы и просмотр аналогичных телепередач занимают большую часть времени. Привычные увлечения отходят на второй план, а иногда полностью исчезают из жизни индивида по причине недомогания.

Предполагаю, что одной из основных причин такого поведения является комплекс неполноценности, появляющийся на фоне ухудшения когнитивных функций (памяти, внимания, мышления), внешних изменений (морщины, седина или облысение, специфические изменения фигуры и осанки), а также осознание преклонного возраста, как стереотипа окончания жизненного пути, ненужности, бесперспективности, беспомощности и болезненности.

Согласно теории А. Адлера в преодолении комплекса неполноценности существенную роль играет чувство общности, сотрудничество. Именно оно способствует преодолению чувства неполноценности. В то время как отверженность несет за собой искажение жизненного стиля. Таким образом, изменяется индивидуальный способ, выработанный человеком для достижения своих целей [1].

С другой стороны комплекс неполноценности приводит к недостаточности контактов, создавая трудности в реализации потребности в принадлежности или потребности в преодолении отчужденности. По теории Э. Фромма такая человеческая потребность является главной в своей иерархии. Отчужденность же становится основным источником беспокойства. Общество, сотрудничество с окружающими, дает индивиду чувство защищенности, снижая уровень тревожности.

Э. Фромм пишет: «Нельзя полностью постичь природу отчуждения, если не учитывать одну особенность современной жизни — ее все усиливающуюся обесцвеченность, подавление интереса к важнейшим сторонам человеческого существования. Речь идет о проблемах общечеловеческих. Человек должен добывать хлеб насущный. Но только в том случае может он утвердить себя, если не оторвется от основ своего существования, если не утратит способности радоваться любви и дружбе, сознавать свое трагическое одиночество и кратковременность бытия. Если же он погряз в повседневности, если он видит только то, что создано им самим, только искусственную оболочку обыденного мира, он утратит связь с самим собой и со всем окружающим, перестанет понимать себя и мир. Во все времена существовало это противоречие между обыденностью и стремлением вновь вернуться к подлинным основам человеческого бытия» [2].

Находясь на стационарном лечении в терапевтическом отделении медицинского учреждения, больные с высоким уровнем тревожности часто отказываются лежать в одиночных палатах. Через несколько часов активной беседы с «коллегами по болезни» энергетический уровень повышается, настроение улучшается, соматические вегетативные симптомы проходят. Некоторые даже начинают проситься домой в связи с улучшением состояния. Однако через несколько дней снова обращаются за экстренной медицинской помощью. У всех вышеописанных пациентов существуют общие диагнозы – гипертоническая болезнь, вегето-сосудистая дистония, остеохондроз шейного отдела позвоночника, астенический невроз.

При проведении психологического обследования все больные с высоким уровнем тревожности обнаружили не менее высокий уровень недоверия к окружающим, повышение уровня внутренней агрессии. Естественно, это нарушало коммуникационные способности индивидов. Общение ограничивалось только самыми близкими людьми. По словам пациентов, они испытывали чувство одиночества и в кругу семьи. Им не хватало общения, возможности поделиться своими переживаниями, высказаться. Потребность в вовлеченности при общении с близкими родственниками не удовлетворялась. Многие связывали это с окончанием трудовой деятельности, лишением взаимодействия с привычным трудовым коллективом. Состояние тревоги и напряжения создавало значительные помехи в улучшении физического здоровья.

С целью удовлетворения потребности в принадлежности, реализации чувства общности был разработан комплекс тренинговых и игровых упражнений для больных с повышенным уровнем тревожности, находящихся на стационарном лечении в терапевтических отделениях медицинских учреждений.

В комплекс входят следующие формы работы:

коллективная беседа,
коллективный тренинг,
игра,
аутотренинг,
коллективная деятельность.

Коллективные тренинговые упражнения направлены на осознание степени отчужденности и бессознательного стремления к общности через цепь контактов (визуальный, вербальный, тактильный, эмоциональный). Одной из целей упражнений является повышение уровня доверия к окружающим, в том числе к лечащему врачу и к самому себе.

Часто, на первых этапах коллективной работы, среди пациентов возникают конфликты, вспышки раздражения и агрессии. Для вовлечения и сотрудничества требуется время. Эту проблему помогает решить игра.

Игровые упражнения, проводимые как в коллективах и в парах, так и индивидуально, удовлетворяют потребность в интересном (потребность в развлечении). В игры охотно вовлекаются все больные. В ходе игры, с появлением интереса, азарта, энтузиазма пациенты, как – будто забывают о своем состоянии. Особенно это проявляется в коллективных или парных играх. Пациенты раскрываются в игре, искренне радуются успехам, как собственным, так и командным. Иногда в играх используются задания, предусматривающие обязательную помощь товарищу. Важно не только оказать помощь, но и научиться её правильно использовать.

Не менее ценным является участие в игровой деятельности представителей разных возрастных групп.

Аутотренинг помогает повысить самооценку, а совместная коллективная деятельность усиливает чувство сотрудничества, вовлеченности.

В ходе коллективной деятельности выполняются и творческие задания, предусматривающие проявление индивидуальности и раскрытие внутреннего потенциала [3].

Во время совместных занятий были применены также коллективные прогулки, наблюдение картин окружающего мира и последующие обсуждение полученных впечатлений.

При выписке пациента и последнем посещении психолога происходит совместный выбор общественной деятельности, которой хотел бы заниматься больной. Обозначается комплекс последовательных действий для достижения поставленной цели. Назначается время контрольного посещения психолога с целью анализа результативности намеченной деятельности.

Первый опыт применения таких форм работы психолога с пациентами, обнаруживающими повышенный уровень тревожности, находящимися на стационарном лечении в терапевтических отделениях медицинских учреждений, показал значительное улучшение настроения и эмоционального состояния больных. У 70% пациентов наметились тенденции роста уверенности в своих силах и оптимизма. Уровень доверия в отношении окружающих умеренно повысился. Особенное повышение уровня доверия произошло в отношении лечащего врача и медицинского персонала. Однако, страх перед возвращением домой несколько уменьшился только при появлении устойчивой перспективы дальнейшей общественной деятельности и общения с членами сформировавшейся в ходе проведения занятий референтной группы.

В дальнейшем, в ходе совершенствования работы, направленной на реализацию потребности в вовлеченности и общности, с целью преодоления комплекса неполноценности, мы сможем найти новые пути решения проблемы больных, обнаруживающих повышенный уровень тревожности и напряжения.

Список литературы

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М., 1995. С. 4. С. 46.

2. *Фромм Э.* Человек одинок. М.: Иностранная литература, 1966. С. 8.
3. *Стюарт-Гамильтон Я.* Психология старения. // Издание № 4. М.: Питер, 2010. С. 95.