

сообществе. В более широком плане данный факт питает и мой оптимизм относительно перспектив России. Однако я не связываю свои надежды с формированием в нашей стране демократии западного типа. В обозримом будущем нас ждет новый мобилизационный рывок со всеми его неизбежными издержками. Впрочем, данный вопрос выходит за рамки рассматриваемой темы.

¹ См., напр.: Работяжев Н.В., Соловьев Э.Г. Феномен тоталитаризма. Политическая история и исторические метаморфозы. М.: Наука, 2005. С. 5.

² См.: Кара-Мурза С.Г. Советская цивилизация. Т.2. М.: Алгоритм, 2002. С. 430.

Е.В. Лотицкая
Пермь

НАУЧНАЯ ЦЕННОСТЬ ИСКУССТВА СОПЕРЕЖИВАНИЯ

По мнению А. Швейцера, «всякое истинное познание переходит в переживание. Знание о мире становится моим переживанием мира. Познание, ставшее переживанием не превращает меня по отношению к миру в чисто познающий субъект, но возбуждает во мне ощущение внутренней связи с ним» [1, 217].

Внутренняя картина болезни — это все то, что испытывает и переживает пациент, вся масса его ощущений, его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах — весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, сновидений, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм.

Соматическое и психическое состояние пациента, хотя и являются качественно различными явлениями, но реально представляют собой лишь различные стороны единого, живого, конкретного организма человека. И отрывать эти стороны друг от друга в исследовании такой проблемы, как проблема болезни, неверно.

В новой жизненной ситуации в условиях болезни человек формирует свое собственное отношение к новым обстоятельствам жизни и к самому себе в этих обстоятельствах, то есть внутреннюю картину болезни. В связи с появлением работ по изучению субъективной стороны заболевания был введен целый ряд терми-

нов, определяющих отражение болезни в психике человека. Гольдшейдером было введено понятие «аутопластическая картина болезни», Р.А. Лурья — «внутренняя картина болезни», Е.А. Шевалевым, В.В. Ковалевым — «переживание болезни», Е. К. Краснушкиным — «чувство болезни», Л.Л. Рохлиным — «сознание болезни», «отношение к болезни», Д.Д. Федотовым — «реакция на болезнь», Е.А. Шевалевым, О.В. Кербиковым — «реакция адаптации», Н.В. Ивановым — «позиция к болезни», В.Н. Мясищевым, С.С. Либихом — «концепция болезни».

В последнее десятилетие формируется отдельное медицинское направление — *психоонкология*. J. C. Holland пишет, что она изучает эмоциональный ответ на наличие злокачественного новообразования самих пациентов, их семей и тех, кто оказывает им помощь (психосоциальный аспект), а также психологические поведенческие и социальные факторы, которые могут влиять на заболеваемость раком и смерть от него (психобиологический аспект).

По мнению S. Greera, психоонкология исследует психологические и социальные аспекты рака. Ее цель — облегчить эмоциональный дистресс путем изучения психологических и социальных последствий заболевания раком и его лечения для больных и их семей, разработки и оценки психологических методов помощи пациентам с целью повышения качества и продолжительности жизни онкобольных, изучения роли стрессовых ситуаций, личностных особенностей психологической реабилитации после лечения.

Н.Н. Блинов и В.А. Чулкова говорят о «психологическом кризисе» онкологических больных, который является одним из проявлений социально-психологической дезадаптации личности в ситуации утраты, угрозы значимой ценности [2]. Кризисное состояние характеризуется отрицательными эмоциями: тревогой, неопределенностью, одиночеством, беспокойством, беспомощностью, несостоятельностью. Нередки аутоагрессивные проявления.

Происходят изменения познавательных процессов, «сужение» когнитивной сферы, в результате чего нарушается возможность к принятию конструктивных решений. На соматическом уровне проявляются ощущения «физической слабости, разбитости», «физического истощения», «нехватки воздуха». Н.Н. Блинов и В.А. Чулкова пишут, что практически у всех больных со злокачественными новообразованиями сообщение о болезни вызывает шок, психологическое потрясение, и в ответ на это возникает «психо-

логическая защитная реакция отрицания» злокачественного заболевания. Авторы отмечают, что, с одной стороны, реакция отрицания выполняет защитную функцию для психики больного, с другой же — может препятствовать использованию личностных возможностей для адаптации к болезни и преодоления ее последствий. Е.Ф. Бажин и А.В. Гнездилов отмечают, что у всех больных и на всех этапах лечения наблюдаются определенные психогенные реакции, различающиеся как по своим направлениям, так и по степени выраженности [5]. Клинические особенности психогенных расстройств у онкологических больных обнаруживают определенную изменчивость и динамичность как по степени интенсивности переживаний, так и по симптоматологии.

Таким образом, обобщая приведенные данные, можно говорить о необходимости дальнейших исследований внутренней картины болезни онкобольных, изучении и решении вопросов, связанных с психологическими аспектами онкологии, комплексным подходом с участием онкологов и психологов.

1. Швейцер А. Благоговение перед жизнью. Перевод с немецкого. Прогресс, 1992. С. 576.

2. Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Роль психоонкологии в лечении онкологических больных // Вопросы онкологии. 1996. №5. 28 с.

3. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психогенные реакции в лечении онкологических больных. Л., 1983. 165 с.

Л.Р. Мансурова
Сибай

КАТЕГОРИЯ ВРЕМЕНИ В МУЗЫКЕ XVII ВЕКА

На исходе XVI века оптимистичный гуманизм эпохи Возрождения сменяется трагичным мироощущением, связанным с отражением в сознании людей обострившихся противоречий экономической, политической и общественной жизни, приведших в XVII веке к началу буржуазных революций. XVII век с его новым, более прогрессивным типом общества раскрепощал мышление и давал возможность широчайшего выбора, благодаря которому впервые в истории и пространстве художественной культуры произошло сосуществование различных художественных стилей — барокко и классицизма.