

## 6. ВЪЗРАСТОВИ И ПРОФЕСИОНАЛНИ КРИЗИ

### Възрастови кризи

Възрастовите кризи се интерпретират като етапи от жизнения цикъл, които могат да бъдат определени в рамките на няколко години, и които са свързани с прехода от един етап към следващ [38]. Независимо сравнително универсалния характер на преходите, те се преживяват и преминават по строго индивидуален начин. Индивидуалното и уникалното за всеки се свързва с различните изградени адаптивни механизми, наличие на подкрепяща среда, социална гъвкавост, психично развитие, емоционално-волево съзряване и пр. Една от най-популярните теории, обясняваща кризите на възрастта, е тази на Е. Ериксон (табл.4).

Табл. 4. Възрастови кризи според Е. Ериксон

Стадии	Кризисно противоречие
1. От раждането до 1 година	<b>Доверие срещу недоверие.</b> Детето расте в среда на доверие, ако възрастният активно взаимодейства и удовлетворява потребностите му. То очаквано ще изгради нива на недоверие към околния свят, ако преживява тревожност, стрес или заплаха.
2. От 1 до 3 години	<b>Автономия срещу срам и съмнение.</b> Детето открива възможностите тялото и неговото управление, съпроводено с чувство на самоувереност и самоконтрол. Ако то непрекъснато получава негативни знаци от средата – наказания и обиди, често ще преживява чувство на срам и съмнение в собствените сили.
3. От 3 до 6 години	<b>Инициатива срещу вина.</b> Децата активно изследват пространството вън от тялото, търсят причини и начини за въздействие (реални и въображаеми) върху него и върху другите. Ако инициативите не биват подкрепяни/осъждани, детето развива вина за постъпките си.

4. **От 6 до 12 години** **Трудолюбие срещу малоценност.** Съзряване на Аз-а; подрастващият придобива нови умения в различни области; активен е процеса на сравняване с връстниците. Значителни негативи за психичното развитие има ниската/негативната самооценка.
5. **От 12 до 18 години** **Идентичност срещу смесване на ролите.** Подрастващите изграждат ролеви идентичности, които интегрират в единна цялост. Формират се базисни ценности, свързани с ролевия репертоар. Ако не се интегрира Аз-а или се появи конфликт между важни роли /противоположни ценности системи/, възниква т.нар. дифузна идентичност.
6. **От 18 до 40 години** **Близост срещу изолация.** Близостта се разглежда извън рамките на сексуалната – способността човек да не се бои от загуба на своята идентичност в процеса на близост. Конфликтът би бил избегнат, ако са преодолени предходните кризи.
7. **От 40 до 65 години** **Генеративност срещу стагнация.** Колективизъм срещу егоизъм. Базира се на успешното справяне с кризите на възрастта и се отнася до насочеността на личността към другите – близки, приятели, до уменията за справяне със социалните проблеми. При несправяне, се наблюдават: висока себезагриженост, хипохондрия, стремеж към удовлетворяване на всяка цена на собствените потребности, самоизолация и пр.
8. **От 65 и нагоре** **Интегритет срещу отчаяние.** Интроспективно преоценяване на живота, търсене на смисъл и удовлетворение от изминалото и на тази основа се установява цялост на Его-идентичността. Отчаянието се свързва със загуба на сили и редица пропуснати възможности.

Към лошите сценарии се отнасят нервно-психичните и психосоматичните разстройства, самоубийството, бягството от обществото, посттравматичния стрес, различните престъпления, зависимостта от алкохол и вещества.

Кризисните периоди могат да се свържат и редица други житейски събития. Днес много семейства изживяват така наречения „период на опустялото гнездо“ - когато децата напускат дома, за да поемат по собствен път. Индивидуалните кризи, могат да произтичат от когнитивния дисонанс (при преосмисляне на постигнатото); от действието на вътрешни и външни фактори; от социалните и професионални промени.

Р. Защо свързва кризите със социалната включеност на човека в различни обществени структури и обединения. Н. S. Sullivan свързва кризите с интерактивните отношения на човек с околните (поставя акцент върху кризите в юношеството, страх от успех). R. Steiner, подобно М. Moers, отделя кризите въз основа на динамиката в разгръщането на духовните сили (жизнени, делови и духовни стремежи) според нивата на духовното развитие: сетивно, разсъдъчно, съзнателно.

Табл.5 представя синтезирана информация относно кризите при изграждане и реализиране на идентичността в контекста на индивидуалното развитие.

Табл.5. Критични ситуации в онтогенезата [по В. Слободчиков: 38]

Йерархия в развитието на субективността	Матрица на възрастта			
	Период на формиране на идентичността		Период на реализация на идентичността	
	Кризи на раждане	Стадии на приемане на решения	Кризи на развитие	Стадии на развитие
О ж и в л е н и е	Родова криза (-2 мес.)-(+3 седм.)	Новородено (Неонатален период) (0.5-7 мес.)	Криза на новороденото (3.5-7 мес.)	Кърмачески период
О д у х о т в о р е н и е	Криза на кърмачето (6-12 мес.)	Ранно детство (1г.3 мес.-3 г.)	Криза на ранното детство (1г. 3 мес.-3 г.)	Предучилищна възраст (3г.-6 г.)

<b>Персонализация</b>	Криза на детството (5.5 г.-7.5 г.)	Начална училищна възраст (7г.-11.5 г.)	Криза на средната училищна възраст (11г.-14г.)	Юношество (13.5 г.-18г.)
<b>Индивидуализация</b>	Криза на юношеството (17г.-21г.)	Младост (19г.-28г.)	Криза на младостта (27г.-33г.)	Възрастен (32г.-42г.)
<b>Универсализация</b>	Криза на възрастния (39г.-45г.)	Зрялост (44г.-60г.)	Криза на зрелостта (55г.-60г.)	Старост (62 г. ....)

### Професионални кризи

Обективни и субективни фактори, инициращи професионални кризи:

- Смяна на основната дейност
- Преход от един стадии към друг
- Промяна на социалния статус
- Подобряване или влошаване на социално-икономическите условия
- Възрастови промени
- Влияние на външната оценка и самооценката
- Професионални изменения
- Професионална апатия
- Случайни събития, неблагоприятни обстоятелства
- Степен на професионална активност
- Неудовлетвореност
- Криза в кариерното развитие
- Насочеността на личността към саморазвитие и самореализация
- Случайни житейски събития
- Социално-икономическата ситуация в страната

А. Амбрумова [по 38] въвежда понятието „ситуационна реакция“ – реакция, протичаща на непатологично ниво, свързана с психологически кризи – резултат от възникнал **конфликт**: а) Реакция на емоционален дисбаланс (негативизъм, стесняване на контактите, формализъм) – до два месеца; б) Песимистична реакция (промяна на светоусещането, ценностната система, ригидност на волята) – до три месеца; в) Реакция на отрицателния баланс (висока критичност, реалистични мисли); г) Реакция на демобилизация (резки промени в контактите, самоизолация, безпомощност, безнадеждност, отказ от професионална дейност и активности) – приблизително месец; д) Опозиционна реакция (повишена агресивност, отрицателни оценки и квалификации) – затихваща; е) Дезорганизация (соматогенни прояви, нарушения на съня, хиперонични кризи) – с продължителност седмица–две.

### Стратегии за преодоляване на жизнените кризи

Преодоляването на жизнените кризи се определя от типологията на личността. Л. Анциферова обособява четири обобщени типа:

- 1) Ориентиран към постижения, уверен в потенциалите си, открит към нови възможности, социално активен;
- 2) Ориентиран към Аз-а и частично към поведението;
- 3) Изцяло насочен към зависимост и подчинение на съдбата, слабо действен, неориентиран за бъдещето си;
- 4) При четвъртия тип се наблюдава доминация на тъгата и разочарованията („светът се отвърнал от мен“), на фона на които човек не е склонен да приема съвети и помощ, отсъства всякаква заинтересованост от бъдещето.

С. Хобфол<sup>3</sup> отделя девет стратегии в зависимост от степента на активност/пасивност на индивида и просоциалната/асоциалната насоченост:

Асертивни действия, осъществяване на социален контакт, търсене на социална поддръжка, внимателни действия, импул-

<sup>3</sup> пак там

сивни действия, избягване, манипулативни действия, асоциални действия, агресия.

R. Peuhonen (1987) обособява следните жизнени стратегии:

- **Защитни стратегии:** *избягване* (напускане на конфликтната ситуация, отдаване на мечти); *консерватизъм* (личността е привързана към изградения Аз-образ, независимо от неуспехите)
- **Стратегии на отказа** – съпроводени са с тежки депресивни състояния, следствие от редицата неуспехи в живота; отсъстват перспективни планове.
- **Стратегии на приспособяване:**
  - *Пасивно адаптиращи* се под влияние на обстоятелствата или доброволно примиряване с позицията (ролята). Жизнената перспектива е ограничена в ежедневието и се повлиява от външни фактори
  - *Активно приспособяващите* се са склонни да откриват нови алтернативи по отношение на кризата. В живота си са водени от собствени цели и приоритети, имат широка жизнена перспектива.-

#### **Стратегии за преодоляване на професионалните кризи**

За преодоляване на професионалните кризи се отчита типа личност и склонността на индивида към поддържане на относително устойчиво поведение.

Така се обособяват две стратегии: *инициативна* и *ситуативна*. Ситуативната стратегия е характерна за слабо интегрираната личност, демонстрираща лабилност на вътрешните психологически схеми. В ситуативните подходи преобладават активация на психологическите защитни механизми и насоченост към приспособимост към събитията от действителността.

В литературата се разграничават и: *пасивна, защитна, депресивна и афективно-агресивна стратегии*.

Сымаюк [38; 189-190] прави следните изводи в своето проучване по темата:

- Професионалните кризи са неизбежни в динамично променящата се трудова среда;
- Типа и вида на професионалните кризи зависи от пола, възрастта, нивото на образование и професионалния опит;
- Типовете и видовете кризи зависят от субективно възприеманото им значение за професионалното и личностното развитие. Едни от кризите в професионалното развитие са свързани с кариерното израстване;
- Професионалните кризи са детерминирани от обективни и субективни фактори. Едни от основните професионални кризи, ранжирани от автора, са:
  - Смяна на основната (водещата) дейност
  - Неудовлетворение на социално-професионалните потребности
  - Промяна на развитийната социална обстановка/ситуация
  - Неудовлетвореност от образователно-професионалния статус

Неблагоприятни обстоятелства в професионалния живот

- Измененията в социалната и професионална ориентация, най-често са свързани с придобиване /или криза/ на образователна и квалификационна степен, ориентация в професията, кариерно развитие. Социално-професионалната компетентност се променя в хода на професионалните кризи и професионален избор.
- Професионалните кризи се преодоляват успешно чрез инициативните стратегии: атестация, повишение на квалификацията, овладяване на нова специалност, ревизия на смисъла на живота, алтернативни сценарии на професионалното развитие.

- Към ефективните личностно-ориентирани технологии за преодоляване на професионалните кризи се явяват като подходящи;
    - Психопрофилактика на кризите
    - Диагностика на личните ресурси, силни страни и потенциали
    - Професионално-психологически профил (корективни методи за откриване и превенция)
    - Рефлексия на професионалното развитие и изграждане на алтернативен сценарий в тази насока
    - Индивидуално консултиране
    - Прогностика на желаните професионални достижения
- В контекста на жизнените и професионалните кризи, възрастният е склонен да се включи в обучение, квалификационна дейност или преквалификация, ако са наблюдаеми :

1. Жизнени цели и вътрешни подбуди
2. Реално оценяване на личната изгода
3. Осъзнати потребности
4. Външен натиск /понякога желан/
5. Потребност да общуват /или да се усамотяват/
6. Извлечени от миналото поуки
7. Ниво на самооценка /самочувствие/
8. Доза егоцентризъм
9. Жизнена ситуация /финансово положение/
10. Средство за независимост
11. Обща култура /ценностна система/

Възрастните търсят ново знание, когато настъпва промяна в живота им – преди, по време или след събитие /брак, развод, съкращение, безработица, смяна на местоживееето, финансови затруднения/. За някои хора мотивацията и нарастващото напрежение в живота са свързани. За много от тях ученето е единствения изход от кризата.

## 7. СПЕЦИФИКИ ПРИ ОБЩУВАНЕТО С ПАЦИЕНТИ В ЗДРАВНОТО ЗАВЕДЕНИЕ СПОРЕД ВЪЗРАСТТА

В системата на здравеопазването на ежедневно равнище се установява необходимостта от използване на специфични механизми при взаимодействието с пациенти от различни възрастови групи и техните близки [6]. Педагогическите и андрагогическите знания имат пряка кореспонденция с процесите на комуникация и интеракция.

При взаимодействие и обучение на хоспитализирани лица се взимат пред вид: възрастовите особености, нивото на изградените адаптивни механизми, зрелостта и пластичността на нервната система, вида и степента на остротата на болестния процес, наличие на съпровождащи заболявания и др.[8].

При децата се наблюдават промени, които обхващат редица сфери на функциониране. Промяна се отчита в когнитивната, емоционално-волевата, двигателната, комуникативната и поведенческата сфера. Изменения се наблюдават в усещанията и възприятията (слухови, тактилни, обонятелни, вкусови, зрителни; обостряне на слуховата и тактилната перцепция), апетита, виталитета и защитните механизми. При по-малките част от навиците търпят регрес. Хоспитализацията рязко лимитира периода за адаптация. Редуцира се активния речник, паметта за време се променя (както някои от мнемичните характеристики) на фона на болезнената и някои случаи фиксация върху ежедневните манипулации. Промени се представата за време; менталните процеси са повлияни от негативни преживявания, повишена тревожност, безпокойство, тъга, депресивна симптоматика; отчита се стесняване на съзнанието. Мисленето е фокусирано върху промените в здравословното състояние, моторната активност и върху действията на околните. Негативните емоции повлияват психичното функциониране: преживяват по субективен начин страхове, усещане за изоставяне, изолация

ция. Нуждаят се от външна компенсация на вътрешния дисбаланс и фрустрационните състояния. Имат нужда от внимание, емоционална близост, разбиране, поради което част от хоспитализираните са склонни да осъществят контакт със здравните служители или с човек от персонала.

Докато при децата емоцията доминира и детерминира когнитивно-поведенческите реакции, при възрастните се отчита доминация на менталните процеси. И при възрастните промените са субективно изразени, но се повлияват също от ендогенни и екзогенни фактори [6]. При възрастните чрез съзнанието се активират по-високи нива на самоконтрол; защитните механизми (някои от които с обратен ефект – напр. минимизиране на рисковете и заплахите, с цел съхраняване целостта на Аз-а – нереалистично позитивен Аз, илюзия за контрол); някои аспекти от ценностната система; при някои – фокус върху достойнствата на личността и предишни успехи [19]. Не се отчита рязка промяна в лингвистичния ресурс и комуникативните умения. За разлика от децата, възрастните запазват изградената до момента социална активност, дори се отчита повишаване на социалното коопериране (протективна функция). Измеренията и характеристиките на личността се установяват стабилни. Емоционално-депресивната симптоматика [1], която нерядко се свързва с хопохондрия, в зависимост от типа личност (интроверт, екстраверт) се повлиява от състоянието на възбудните и задръжни процеси, от тук и на експресивните и ексекутивните функции. Депресията се разглежда като едно от най-честите състояния при по-възрастните пациенти. Laidlaw и др. я обозначават като „обикновена настинка на гериатричното психично здраве“ [68].

Едно изследване на Ekman, Levenson и Friesen доказва връзката на страха, гнева и тъгата с физиологични изменения – промяна в сърдечната честота, температурата на тялото и кожно-гальваничната реакция [11].

При немалка част възрастните пациенти се открива явлението **ятрогения**. Разбира се, положителният му ефект върху цялостната

картина на заболяването, е свързан с професионализма и комуникативните, проксемичните и паралингвистичните умения на лекаря.

*„Всеки лекар влияе положително или отрицателно върху своите пациенти“*

*„Словото е като вълшебна пръчица – то може да милва и бичува, да те възвиси или срина със земята, но най-вече да те излекува или разболе. То е по-мощно от най-силните лекарства и също като тях в зависимост от дозата може да помогне или разболе“*  
(проф. Н. Шипковенски)

За да се осъществи обучителен процес, е необходимо да се отчетат промените, настъпили в болния и на тази основа се установят онези предпоставки, които водят до ефективност на обучителните мероприятия [68]:

#### ➤ **Изграждане на доверие**

Съществуват типа доверие:

- Първи тип — основава се на възможността да се **прогнозират действията** на другия и на надеждата, че тези действия ще съвпадат с очакванията. Колкото повече очакванията съвпадат, толкова повече доверие има.
- Втори тип — свързано е с това доколко вътрешният свят на другия, неговите убеждения и ценности **отговарят на собствените**.

#### ➤ **Емпатия**

Емпатията се приема като способност за разбиране на емоционалното състояние на другия и за общуване с него, в синхрон с това състояние. Емпатията предполага умение да се разпознават чувствата и мислите на другия в конкретна ситуация. Тя не е пълно отъждествяване с другия човек, а по-скоро „доближаване“ до другия с цел разбирането му.

#### ➤ **Умения за самопознание и самоконтрол**

Самопознанието се изразява в способността да се анализират, разпознават и приемат собствените настроения, емоции и движещи

□ сили, както и тяхното влияние върху собствените действия и тези на околните. Подобни умения оказват влияние върху справянето със стреса, произтичащ от професионалната дейност

➤ **Умения за даване на емоционална подкрепа**

Емоционалната подкрепа се отнася до уменията: да се изслушват тревогите и притесненията на пациента; уважение към неговите преживявания, болка и страхове; да се стимулира повишаване на самочувствието му и др.

➤ **Умения за взимане на решения**

➤ **Умение за поставяне на професионални граници**

С понятието „професионални граници“ се обозначава сферата на професионални действия, отговорности и емоционална ангажираност към проблемите на пациентите (докъде стигат те и откъде започват отговорностите на други лица и институции).

Проявите на това умение се разглежда в две проекции:

- *На ниво дейност.*
- *На ниво емоции.* Изграждане на доверителни и близки отношения, но със спазване на емоционална дистанция.

➤ **Рефлексия, саморефлексия**

Основни групи комуникативни бариери:

- **Физически бариери** - могат да бъдат неподходяща дистанция или други неблагоприятни условия на външната среда, както и ограничен капацитет на пациента да участва в общуването и обучението.
- **Семантични бариери** - най-често възникват при използване на трудна за разбиране терминология.
- **Бариери, основаващи се на проблеми в социалната перцепция** – напр. „хало ефект“, „ефект на близкото и познатото“, „ефект на приписваните качества“ и др.
- **Бариери, свързани с личностни или психологични промени при болния** (типология: астено-депресивен, психас-

□ тетен, хипохондричен, хистеричен; наличие на увереност за справяне с проблемите; приспособимост към новите обстоятелства/назначения; внезапност на промяната в стереотипите и пр.)

*Активното слушане* повишава ефективността на комуникацията с пациента, дава възможност за събиране на достатъчна информация, едновременно с това е израз на уважение, чрез които се постига по-голямо удовлетворение от процеса на общуване.