

ОТНОВО ЗА СЪЩНОСТТА НА ПСИХИЧНАТА РЕГУЛАЦИЯ ИЛИ МОЯТА СРЕЩА С COVID-19 (SARS-CoV-2) – АНАЛИЗ НА СЛУЧАЙ

доц. д-р Михаил Проданов
Бургаски свободен университет

ONCE AGAIN ABOUT THE ESSENCE OF THE MENTAL PROCESSING OR MY ENCOUNTER WITH COVID-19 (SARS-CoV-2) - CASE STUDY

Assoc. Prof. Mihail Prodanov, PhD
Burgas Free University

Резюме: На фона на личния опит на автора с лечението от Covid-19 се анализира процеса на психична регулация като системен феномен, включващ компонентите тяло, знание, личност, социална подкрепа и Аза. В тази система Азът има централна роля, чрез своите функции рефлексия, воля, осмисляне и защита. Системните взаимовръзки между компонентите са многовалентни и многозначни. Ефективната регулация води до позитивни резултати, независимо дали става дума за процес на лечение или друг тип човешка дейност.

Ключови думи: Covid-19(SARS-CoV-2), психична регулация, системни компоненти.

Abstract: On the background of the author's personal experience with Covid-19 treatment, the mental processing is analyzed as a systemic phenomenon, including the components body, knowledge, personality, social support and the Self. In this system, the Self has a central role, through its functions of reflection, making sense, will and defense. The system relationships between the components are multivalent and multimeaningful. Effective processing leads to positive results, whether it is a treatment process or another type of human activity.

Key words: Covid-19(SARS-CoV-2), mental processing, systemic components.

Основен метод за събиране на данни в парадигмата на „преживелищната психология“ е индивидуалният опит (experience) на тези хора, които са минали през изпитания и травми, изпълнени с негативни чувства или пък – събития с предизвикателства и триумфи, преживени с радост и екстаз. Именно двете крайно интензивни валентности на случващото се с нас създават възможности за вникване в механизмите на функциониране на човешката психика. В такива моменти ние сме най-близо до разбирането на това, което наричаме предмет на науката психология. С предложението анализ на случая с моето преживяване, след като се заразих с вируса на Covid-19, ще се опитам да опиша не толкова емоциите, които съм изпитал в контекста на лечението и възстановяването ми от заболяването, колкото да анализирам всички онези компоненти на системното качество „психика“, които в интегрирания си модел определят как ще функционираме като личности, дали ще се сринем или пък ще се утвърдим и развием на по-високо равнище, за да станем по-жилави и по-неуязвими, поне в рамките на това, което ни е дадено като възможност от обективната реалност (или от Бог – за тези, които вярват в него).

Започнах да пиша този материал, след като бяха минали 72 часа от болничното лечение и изписването ми от Covid-отделение. Това е принцип, заложен в метода на кризисната интервенция „дебрифинг“, като целта е да мине малко време от евентуалното травмиращо събитие, да се уталожат силните негативни емоции, за да може човек по-трезво да се фокусира върху случилото се.

1. Началото на проблемите или последствията от дистанционното лечение.

В началото е моментът на заразяването с вируса. Едва ли това е толкова важно, защото може да се случи навсякъде, но ще разкажа за предполагаемия момент на срещата ми с Covid-19, защото тя отразява една черта на българската култура, която е причина и за други наши недостатъци – *себичността* (разбирана като фокус върху собствените интереси и липса на морален принцип, отчитащ интересите на другите) (Генов, 2004). Ситуацията в общи линии е следната: имах малшанс да се озова в претъпкана бензиностанция на пътя Слънчев бряг – Бургас – София през средата на август 2021 година. Опашките пред касите бяха до входа на бензиностанцията, чакаше се поне 30 минути, но най-неприятното беше, че 90% от хората вътре не носеха маски. Вероятно интуитивно усещах опасността, защото в един момент спонтанно направих забележка на възрастна жена и млад мъж (около 35 г.), които бяха пред мен на опашката да си сложат маски. Възрастната жена промърмори нещо от рода на: „*Той Господ ако не ни пази, маските няма да помогнат*“ (за религиозната вяра съм писал по-долу – б.м.), но все пак си сложи маска, докато младият човек арогантно се обърна към мен и каза: „*Ти си мухъл!*“. Може би този епизод илюстрира много точно нагласите и поведението на българите в своето мнозинство. Самият аз имам своята вина за случилото се, защото не се ваксинирах с надеждата, че тази пандемия ще ме подмине или пък ще изкарам заболяването леко. Сега си мисля, че не е случайно, че сме сред страните с най-негативни показатели в контекста на пандемията с Covid-19.

Следващият етап е свързан с първоначалното лечение на болестта, организирано от личния лекар. Вероятно много хора не биха стигали до болнично лечение и до тежки усложнения, ако не се прилагаше дистанционна форма на третиране на хората, които са диагностицирани с инфекцията. Обичайната практика е личният лекар по телефона, по Viber или друга социална (интернет) медия да ви насрочи изследвания, да предпише лекарства, след което да иска от вас на определени времеви интервали информация за състоянието (температура, кислородна сатурация и т.н.). Личният ви лекар дори не може да бъде сигурен в достоверността на това, което пациентът му изпраща като данни за състоянието си. Понякога хората просто им се иска да са по-добре отколкото в действителност са и съобщават значително по-оптимистични показатели, но съществува и обратният случай – някои изпадат в паническо състояние и настояват, че трябва незабавно да постъпят в болница. Неточността на закупените термометри и пулсоксиметри е друг проблем. Самите лични лекари често са объркани в ситуацията, сменят лекарства, предписват нови и е възможно да прилагат донякъде хаотично лечение. Показателен беше отговорът на лекар от Covid-отделението, в което по-късно бях приет за болнично лечение на въпроса „*Искате ли да знаете какво ме е лекувал досега личният ми лекар?*“: „*Изобщо не ме интересува, без това е било неправилно!*“ Факт е, че не е възможна точна медицинска диагностика, ако нямаш непосредствен контакт с пациента си. Ако, все пак, човек има шанса да преодолее заразата по този начин, нещата не изглеждат толкова зле, но това е не защото са положени подходящите грижи, а въпреки недостатъците на дистанционното лечение. Непосредствените впечатления от преглед „на живо“ са най-достоверната

информация за състоянието на пациента – физическо и емоционално. Към това трябва да се прибави и възможността за своевременна диагностика с подходяща апаратура. Освен това, съществува проблем, който може да се опише с термина „илюзорни умения“, който използва Д.Канеман и в случая може да бъде отнесен към уменията на лекарите (Канеман, 2012, стр.270-286). Експертната на хората, които извършват лечението принципно е извън съмнение; това са медици, които са натрупали знания и умения, макар и в различна степен в зависимост от интелекта и опита си, но често пъти специалистите си противоречат в изследването и диагнозата. Някои започват да лекуват интуитивно, което може да е пагубно за пациента. Още един факт за това: след изписването ми от болницата получих епикриза и рецепта по „схема“ за прием на лекарства от завеждащия Covid-отделението. След като се запозна с епикризата, което стана 5 дни от изписването ми, личният лекар ми предписа различно лечение – със същите лекарства, но в пъти по-големи дози!? Все пак, по-добре е да се опитаме да вярваме в знанията и уменията на лекарите, защото това е сякаш най-подходящата нагласа към хората, които поемат голяма част от контрола върху лечението ни и да разчитаме на шанса си (тук е мястото да изразя своята сърдечна благодарност и признателност на лекуващите екипи от Covid-отделението на Комплексния онкологичен център – гр.Бургас, със завеждащ д-р Попов, за положения труд при фрустриращите условия на работа от страна на всички – от санитарите до лекуващите лекари! Те наистина са „герои на нашето време“ и нека им отдадем заслужено уважение!).

2. Знанието за ситуацията (когнитивният компонент).

Знанието ни за нещата често пъти е деформирано и непълно, но е категорично неговото значение за мисленето и поведението ни в конкретните ситуации. Какво знаят постъпващите в болница? Хората са силно разтревожени от това, което знаят за ситуацията с пандемията при постъпване за болнично лечение. Причините са няколко: първо, неуспешното домашно лечение се интерпретира от индивида като заплаха – нормалният извод, който всеки си прави в тази ситуация е, че нещата са по-сериозни и излизачи от контрол; второ, мнозинството от хората не са били преди това в болница, което означава, че се активира „обща неспецифична реакция“ на промяната или по-кратко – „стрес“, чийто първи етап е мобилизацията с усещане на напрежение; трето, създаденият социален контекст за опасността от Covid-19 не само че не успокоява пациента, а допълнително подсилва извода за сериозна опасност. В тази ситуация е нужно пациентът да се насочи не толкова към релаксация и овладяване на тревожността (може да се използват подобни техники, макар че болничната обстановка не е особено подходяща за прилагането им; също така, за съжаление това би било много трудно в случаите на паническо разстройство), а по-уместно е усилията да се насочат към фактологията, свързана със ситуацията и предстоящото лечение. Затова е добре лекуващите да имат „протокол“ с ясна и конкретна информация за пациентите при постъпването им в болница. Те разполагат с резултати от изследвания, които могат да бъдат използвани за спокоен разговор за това какво предстои, какво може да се каже към момента и какви са евентуалните перспективи – това е означава, че не трябва да се съобщава медицинска информация със сложна терминология, а точно обратно – по-лаконично, но ясно и конкретно лекуващият лекар да опише ситуацията на пациентите, за да се възвърне чувството за предвидимост и контрол върху събитията, макар и вече оставен в ръцете на компетентни специалисти. *Основната цел на първоначалната ориентация е убеждаването на постъпващия, че лекуващият екип е компетентен и на него може да се вярва, че ще предприеме необходимите методи за лечение. Демонстрирането на вътрешна убеденост в правилността на диагнозата и*

ефективността на методите за лечение от страна на лекуващите лекари често пъти не корелира с успешния изход на терапията, но в конкретния случай е важно да се изгради доверие между лекар и пациент.

Нещата могат да се разглеждат и в контекста на теорията за стреса. Силният стрес е реакция на всяка нова неблагоприятна промяна в живота на човека, която се нарича „стресор“. Ако човек до този момент не е бил хоспитализиран (както беше моят случай: не бях ползвал болнични до този момент в живота си (на 61 г. съм) и не си спомням да съм взимал антибиотици в зрялата си възраст), тогава стресорите са много и те акумулират напрежение, което допълнително усилва някои симптоми – например, кръвното налягане при стрес се повишава; настъпват и някои физиологични промени; най-важните, обаче, са свързани с негативните емоции (страх, тревожност). Убеждаването на пациента от лекарския екип, че нещата са „под контрол“ и той се намира в ръцете на „експерти“ може да стане именно с ясна, разбираема и успокояваща информация за ситуацията и предстоящото лечение. Макар това да е само един от възможните ресурси за справяне със стреса той не е без значение, особено в този момент. Други ресурси са социалната подкрепа от близкото обкръжение, личностните черти, интелигентността и конструктивни стратегии за справяне със стресорите, които Азът вече е формирал.

3. Тялото.

Тялото е важен системен компонент на психичната регулация. Банално и клиширано звучи терминът „психосоматика“, но никой не би отрекъл, че собственото му тяло е съставна част от цялостното му състояние и поведение. Какво се случва с нашите организми в Covid-отделението? Всъщност, тялото ни е в „соматичен стрес“, поради множеството негативни промени, които засягат важни телесни процеси. Първо, трябва да се вземе предвид, че тялото е повече или по-малко сериозно инфектирано, което включва и масираните биохимични въздействия върху него от лекуващия екип, който се опитва с лекарствата да постигне съответните цели. Това, обаче, не променя факта, че тези вещества водят до значителни промени във физиологичните процеси и могат да доведат и до тежки увреждания на органи, особено ако пациентът е с придружаващи заболявания. Това не зависи винаги от компетентността на лекуващия екип, защото някои последствия от масираното лечение с медикаменти не могат да бъдат предвидени. Второ, изолацията в болничната стая обездвижва тялото, което е неестественото му състояние. Пациентите от Covid-отделението не могат да напускат стаята си. В тези болнични сектори пациентите са изолирани от останалите в едно ограничено физическо пространство, ограничен приток на свеж въздух и липса на достатъчно слънчева светлина. Единствената възможност за мобилност е в рамките на болничната стая – легло, мебели, медицински аксесоари(стойка за системи, апарат за кислород и т.н). Пространството, с което разполага пациентът е неестествено малко. Тази изолация и мобилна депривация (депривацията е ситуация, в която човек се лишаваша от нещо, което преди това е притежавал) има своите сериозни негативи, свързани директно с тялото и индиректно – с психиката на пациента. В резултат могат да настъпят повече или по-малко трайни промени – загуба на мускулна и мастна тъкан, водеща до физическо отслабване. Самият аз, за десетте дни в болницата загубих почти 17 кг, което рязко се отрази на физическата ми кондиция – вероятно загубих не по-малко от 30% от силата и издръжливостта си. И това се случи, въпреки моите последователни усилия да съхраня колкото е възможно соматичния си статус. Като контрамярка в определена степен може да се използва това, което направих. Спомних си, че като ученик работих няколко години през летните ваканции в горското стопанство на

родното ми село. Една от дейностите, свързани с планиране на дърводобива включваше измерване диаметъра на стъблото на дърветата („клупиране“). Използвахме техника за отбелязване на измерванията, която беше елементарна и се състоеше в поставяне на чертички в съответните диапазони на диаметрите на дърветата – чертичките се групираха по 5: четири хоризонтални и една вертикална. Така по-ясно и бързо после можеха да се пресметнат дърветата, които попадаха в един или друг диапазон. Реших да използвам тази техника, за да контролирам движенията си в болничната стая. Това ставаше така – крачех из стаята (която беше около 3 на 3 метра с тоалетната) и си броях крачките до 100. След всяка стотица отбелязвах на един лист чертичка, като ги групирах по 5 – на всеки петстотин изминати крачки. Стремях се да измина максимален брой крачки, а натрупването на чертичките върху листа действаша мотивиращо и ме караха да увеличавам непрекъснато крачките си. Наличието на ясен измерител за постиженията винаги мотивира. В концепцията на А.Бандура за самоефикасността е важен не само критерият, но и субективната оценка за развитието спрямо този критерий (Bandura, 2006). Така успях да увеличавам постепенно изминатото разстояние и да извършвам някаква мобилност в ограниченото пространство. Трето, в този контекст има още един аспект на телесните процеси, който е пряко свързан с процеса на изцеление: **дишането**. Парадоксално е, че хората, които имат най-голяма нужда от свеж въздух (заради спецификата на симптоматиката при Covid-19) са лишени от него, защото са изолирани в болничната стая. При тези условия, дишането се трансформира от автономен и несъзнателен процес в контролиран волеви процес, поне през голяма част от времето. Разбира се, има вече възможност човек да си помогне с кислородни апарати, като допълнителна помощ или крайна мярка. Завеждащият Covid-отделението, в което бях аз имаше по-добра идея. Той беше разпоредил от латексови ръкавици и спринцовки лекуващите екипи да направят нещо като балон и обучаваше на дихателни упражнения с този балон пациентите от отделението. Техниката на тези дихателни упражнения се състоеше в последователно задържане на вдишания в „балона“ въздух до предела на възможностите на пациента. След това, обикновено следва изкашляне и отхрачване. Оказва се, че това елементарно упражнение сериозно подпомага оздравителния процес, тъй като основният симптом при заразяването с Covid-19 е свързан с дихателни проблеми. Единственият момент, който завеждащият отделението не беше взел предвид е критерият и оценката за развитието – би могло подобно на чертичките за изминатите крачки, всеки пациент да си отбелязваше продължителността на вдишванията (и продължителността на задържането на въздуха): виждайки подобрението, това формира самоефикасност и действа мотивиращо.

Изградената техника на дишането и физическата активност на тялото са от критично значение и в периода на възстановяване след изписването от болницата. В този следболничен период нуждата от физическото възстановяване и прогресивно подобрене в състоянието изискват ежедневни и постоянни физически активности, в което лично се убедих. Дихателните упражнения също е добре да продължат и в този период, поне за известно време.

4. Аза (или самосъзнанието).

Азът е нещо повече от знанието за себе си. Важен елемент от него е самоувереността – доколко сме уверени(или разколебани), доколко си вярваме, че можем да се справим с подобни предизвикателства. Клише е позоваването на т.нар. „позитивно мислене“, но то помага в такива случаи, защото създава един по-оптимистичен фон

на нагласата и надеждата за оздравяване. Разбира се, **позитивното мислене** може да се стимулира по различни начини – чрез самовнушение, чрез вербално и невербално окуражаване от страна на лекуващия екип, чрез подкрепата на значимите близки хора. Ако пациентът може да „хваща и отстранява“ негативните и песимистични мисли, свързани с изхода от боледуването и/или да ги трансформира в по-оптимистични прогнози той може да разчита на вътрешни ресурси, които не са очевидни. Така или иначе, човек нищо не печели от песимизма, защото той, както оптимизмът могат да бъдат в еднаква степен илюзорни, поради липсата на достатъчно информация за нещата и достатъчен контрол върху събитията. В литературата има много информация за това, че хората, които се чувстват по-щастливи и по-удовлетворени от живота (темата за психичното благополучие) по-лесно преминават през подобни изпитания.

Азът е **централен компонент** от системата на психичната регулация, защото той „притежава“ способността да осъзнава всичко, което усещаме, преживяваме (чувствата) и мислим и знаем (паметта), както и преднамерено, волево да насочва нашите усилия в една или друга посока. Азът има участие в емоционалния, когнитивния (познавателния) и поведенчески аспекти на психичното. Може да се приеме, че началото на функционирането на Аза е моментът, в който детето каже „Аз...“. Една от основните функции на Аза е **рефлексията (самопознанието)**, която дава възможност на Аза да е „наясно“ със случващото се с индивида (за себе си) и за ситуацията, в която се намира. Но Азът не може да доминира напълно в регулацията на психичния поток. Има мисли, които понякога нахлуват в нашето съзнание, независимо от нашето желание, други са толкова мимолетни, че ние дори не ги осъзнаваме във всеки един момент. Някои психолози наричат тези произволни мисли „автоматични“. Азът единствено може да „хване“ този тип мисли и след това да се опита да ги трансформира в по-малко негативни (ако това се налага). Докато **волята** е процес, чрез който Азът може да направи неща, които са важни, имат смисъл, независимо от това, колко силни са емоциите и потребностите в противоположна посока. Един от аспектите на волята е способността да отложиш моментното удоволствие в името на по-далечни, но по-важни цели. Но волята може да мобилизира човек да преодолее силни негативни афекти като страх и малодушие например. Трябва да се посочи още една ключова функция на Аза – **защитите** („защитните механизми“). Защитите, които използва Азът имат за цел да помогнат на човек да се адаптира, като предпазят психиката от предизвикващи тревожност събития, мисли, преживявания (Скот, 2002:70-87). Но защитите имат за цел и да компенсират травми и нещастия. Благодарение най-вече на „интелигентните“ форми на защита (една от които е *компенсацията*), Азът може да **намери смисъл** и в най-голямата лична трагедия и да стимулира едно конструктивно поведение – има примери за хора, които са преживели тежки катастрофи и са загубил крайници на тялото, но техният Аз съумява да преработи травмата така, че пострадалите да намерят логическа за тях самите причина в случилото се и да *приемат*, че така са получили знак или „божие провидение“, вместо да се само-съжалаят цял живот. Тогава те мобилизират силите си да направят „нещо голямо и значимо“ в някаква форма – вид творческа активност или може би подготовка и участие на параолимпиада или да намерят най-оптималния вариант за оцеляване в животозастрашаваща ситуация (върху тези основи е изградена логотерапията на В.Франкъл). **Осмислянето** може да се разглежда и като отделна функция на Аза, която помага на личността да се справи с предизвикателствата. Например, когато си се заразил и боледувал по-тежко от ковид-инфекция, защото не си се ваксинирал, може да намериш позитивно решение като си представиш, че след като се излекуваш ще имаш по-силен имунитет срещу вируса, дори по-силен от ваксинираните. Освен

това, структурирането на времето и пространството, в което ти се налага да се изолираш по време на лечението, извършването на някаква познавателна активност (някои ще го нарекат „поддържане на ума“) имат ефекта на осмисляне на това време и пространство: например, можеш да прочетеш книга, чието прочитане постоянно отлагаш, както и да си опресниш познанията по чужд език или да си „допълниш“ музикалната култура с парчета, които преди това си подминавал или не си слушал достатъчно. Вероятно много психолози биха асоциирали ефективността на тези функции с елементите на емоционалната интелигентност.

5. Личността.

Личността (много близо до личността е понятието „характер“, макар че личността е нещо по-широко, доколкото обхваща, освен чертите, мотивационната структура и социалните нагласи на човека) със своите черти, потребности и нагласи има значение във всяка ситуация. Личността на пациента със сигурност трябва да е в рамките на нормата – да не е психотична, да не е развила по-сериозни психични проблеми, които биха попречили на пациента да поддържа контакт с реалността, за да не се дезинтегрира.

Но има един аспект, който не е свързан с разграничението норма-абнормност: това е *екзистенциалният страх от смъртта*. Той е много силен при някои хора, поради което може да бъде свръхкомпенсиран по деструктивен начин – например, ужасът да приемем, че може да си отидем от този свят (което е естествен изход в един или друг момент от живота и нормален край на процеса на онтогенезата след нашето раждане), може да доведе до панически атаки и поведения, които да бъдат неадекватни и опасни за самите нас. Приемането на възможен летален изход е просто една възможност, просто шанс, а шансът е вероятност, която винаги съществува, независимо от всичко останало. Добре е да отчитаме подобна вероятност, но нагласата ни да бъде такава, че да приемем ниски равнища на възможността за неблагоприятно развитие.

6. Вярата.

Става въпрос за вярата в Бог. В тази област не се чувствам уверен в разсъжденията си, защото съм привърженик на знанието, постигнато с научни методи, а не толкова на убежденията, които са формирани интуитивно и се базират на вярата. Но, както една моя приятелка сподели, именно вярата в Бог и е помогнала да се справи с тежкото си боледуване от Covid-19. Така че, нека оставим вратичка за тази Вярa. Има, обаче, доста въпроси около функцията на религиозната преданост. Бог еднакво към всички и винаги ли е справедлив? Дали ние заслужаваме неговата милост и помощ? Дали Covid-19 не е божие наказание? Възможно е вярата да се причисли към социалните нагласи и така да стане аспект от компонента „личност“. Възможно е да разглеждаме вярата в аспекта на позитивното мислене. При условие, че нямаме пълен контрол върху събитията, може би наистина имаме нужда от вярата.

7. Социалната подкрепа(особено тази на значимите други).

По време на болничния престой много мои близки хора – роднини и приятели се интересуваха за състоянието ми и звъняха често по телефона. Понякога не ми се говореше с всички, защото в ситуация на хоспитализация човек изпитва понякога болка и неразположение, но фактът, че знаех за тяхната загриженост, беше достатъчно силен фактор за изцеление. Разбира се, тук не става дума за материална подкрепа, защото

то тя не беше нужна (с изключение на дребните неща и вещи от първа необходимост, които най-близките ми носеха). Социалната подкрепа в случая е доказателството, че ти си харесван и вероятно си добър човек. В такъв случай, логичният извод е, че заслужаваш да ти се случват добри неща – например, един позитивен изход от лечението – това произтича от генерализираното убеждение за справедлив свят, което се процесира в конкретния случай.

8. Обобщение или отново за био-психо-социалния подход.

В клиничната сфера – теория и практика, се счита, че най-авангардният подход за психологично и психиатрично лечение на човека е био-психо-социалният подход, който отчита всички фактори – биологични, психологични и социални, които влияят в процеса на третиране на пациент (клиент) със соматични, психологични и психиатрични проблеми (Морисън, Бенет, 2013). Но тази „схема“ сякаш се разбира твърде механично – ако са налице определени позитивни оценки по био, психо и социалните фактори, свързани с пациента, тогава той има най-големи шансове за успешна терапия. Клиницистите, привърженици на този подход използват един прост аритметичен алгоритъм с плюсове и минуси, за да оценят риска или вероятността от благоприятен изход. След това те насочват усилията към преодоляване на минусите, като се стремят да се опират на плюсовете.

В това, което разбирам аз като системен подход, алгоритъмът на взаимодействието между всички посочени по-горе фактори е по-различен. Например, някои от компонентите имат по-централно значение, по-голяма „тежест“. Централният компонент е Азът, защото той притежава функции, без които не може да се осъществи взаимовръзката между останалите компоненти и, като цяло, не би могъл да протича процесът на психична регулация. Тези функции са „рефлексия“ („самосъзнание“ или „осъзнаване“), „осмисляне“ (придаване на смисъл), „воля“ и „защита“. Вероятно човек е единственото същество на нашата планета, което осъзнава своите усещания, чувства, мисли и знания. Освен това, благодарение на паметта, той може да изгражда концепция за себе си. Един пример за това как Азът се включва в регулацията на поведението в конкретната ситуация на боледуването ми от Covid-19 е за взаимодействието на Аза с компонента „тяло“. Тялото е в ситуация на сериозно изпитание, но Азът разполага с данни от рефлексията върху състоянието на тялото, от една страна, и знания за условията (не само медикаментозни; става дума за тези неща, които ние можем да контролираме, така както са описани по-горе – движението, тренировките за дишане и т.н.), които му пречат да „съдейства“ на процеса на лечение – от друга. След това се включва функцията „воля“, която организира и насочва поведението в положителна посока – човек прави онези неща за тялото си, които биха му помогнали. Може да посочим и пример с преминаването от несъзнателно и автономно дишане към дишането като съзнателен, волеви процес – благодарение на рефлексията и волята Азът може да постигне много чрез техниките за дишане, които да ускорят оздравителния процес. Осмислянето на времето, което си принуден да „похабиш“ в лечение на инфекцията може да стане както в когнитивен план (когато намериш рационално обяснение, което превръща загубеното време в нещо позитивно – прави те по-силен в перспектива), така и като си запълваш това време с различни интелектуални дейности. По сходен начин може да се опишат взаимодействията на Аза и с други компоненти. По-важното е, че когато взаимодействието между всички компоненти и Аза е оптимално, тогава се постига „синергия“ в психичната регулация. В този случай е най-бърз периодът на изцеление. Това състояние е аналогично на това,

което Михай Чиксентмихай нарича „поток“. „Поток“ е многозначно понятие, но кратката му дефиниция, която дава Чиксентмихай е: „...състояние на оптималното преживяване“. Това определение доближава състоянието „поток“ до идеята за синергия в системата на психичната регулация. „Потокът“, обаче, е повече интерпретиран в контекста на позитивната психология, на концепцията за субективното благополучие, щастието, вътрешната мотивация и максималното разгръщане на вътрешния потенциал на човека. Все пак, една малка част от книгата за „потока“ на Чиксентмихай е посветена на трудните моменти и справяне с трагедиите и стреса. Ето какво казва авторът: *„Сред всички добродетели, които можем да усвоим, никоя не е по-полезна и по-решаваща за оцеляването, а освен това по-допринасяща за качеството на живота ни от способността да се трансформират злополучията в носещи наслада предизвикателства...онези, които умеят да трансформират безнадеждна ситуация в нова, контролируема потокова активност, са способни да извличат наслада и сила от изпитанията“* (Чиксентмихай, 2016, стр.261-264).

Разбира се, съществуват взаимовръзки и взаимодействия между различните компоненти – логиката е в механизмите на функциониране на компонентите. Например, как тялото може да си взаимодейства с личността? Факт е, че с възрастта настъпват дегенеративни промени в мозъчните клетки и структури, които могат да доведат сами по себе си до психични и поведенчески проблеми, до личностна промяна. В този случай, Азът не може да осъществява пълноценно функциите си, а самият той може да се разпадне(алцхаймер, деменция). В друг случай тялото може да влияе върху самооценката (която е компонент от Аза) на юношата и при съчетание с други компоненти (личност, липсата на социална подкрепа, деформирано знание) може да резултира върху малоценностни преживявания, дори сериозни психиатрични проблеми (анорексия). Взаимодействието между психичните компоненти може да има различен ефект – позитивен или негативен, взаимовръзките могат да имат различна валентност. Пример може да се даде и с взаимодействието между личността и Аза при депресията. Промяната в личността при това разстройство води до това, че Азът е „смачан“ и лишен от своите ресурси и основни функции на обективна рефлексия, защита и волево поведение. Затова е трудно човек сам да се „измъкне“ от подобно състояние и има нужда от психологическа (понякога и психиатрична) помощ. Връзките между компонентите на системата за психична регулация са многозначни и те не биха могли да се опишат в рамките на една статия. По-важно е да се разглежда психичното като системно свойство, което има своите специфични ситуативни проекции. Разбира се, възможно е да се създадат алгоритми за взаимодействието между компонентите на психичната регулация на поведението в различните аспекти на човешката жизнедейност, при различни събития – тежки изпитания или моменти на успехи и постижения.

Библиография:

1. Генов, Ю. Защо толкова малко успяваме, София, „Абагар“, 2004.
2. Канеман, Д. Мисленето, София, „Изток-Запад“, 2012.
3. Морисън, В., Бенет, П. Въведение в здравната психология, София, „Изток-Запад“, 2013.
4. Скот, С. Ф. Въведение в груповата терапия, София, „Наука и изкуство“, 2002.
5. Чиксентмихай, М. Поток-психология на оптималното преживяване, Пловдив, „Хермес“, 2016.
6. Bandura, A. Guide for constructing self-efficacy scales. In: Pajares, F.&Urduan, T. (Eds), Self-efficacy beliefs of Adolescents, 307-337, IAP, Gr., Con., 2006.