

**КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ**

# **ПСИХОЛОГИЯ**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ**

Рекомендовано УМО РАЕ по классическому университетскому,  
техническому и медицинскому образованию в качестве  
учебного пособия для студентов высших учебных заведений,  
обучающихся по специальностям:

- 040 100 «Лечебное дело»
- 040 200 «Педиатрия»
- 040 300 «Медико-профилактическое дело»
- 040 400 «Стоматология»
- 13 0001 «Общая педагогика, история педагогики и образования»

Москва

2010

ББК 88.4  
УДК 616.89(075.8)  
П86

**Психология:** учебно-методическое пособие для студентов медицинских специальностей / под ред. А.С. Татрова. – М.: Издательство «Академия Естествознания», 2010. – 284 с.

ISBN 978-5-91327-113-6

**Авторский коллектив:**

Ответственный редактор зав. каф. к.м.н., доцент А.С. Татров  
Тема № 1. к.м.н., доцент Татров А.С., Елканова С.Т., Абаева М.Р.  
Тема № 2. к.м.н., доцент Татров А.С., Хабарели Э.Г., Юханов В.Н.  
Тема № 3. к.м.н., доцент Татров А.С., Кодзаева А.Р.  
Тема № 4. к.м.н., доцент Татров А.С., Датиева И.Р.  
Тема № 5. к.м.н., доцент Татров А.С., к.п.н. Аветисян Р.Р.  
Тема № 6. к.м.н., доцент Татров А.С., Абаева М.Р., Датиева И.Р.  
Тема № 7. к.м.н., доцент Татров А.С., Горина А.А.  
Тема № 8. к.м.н., доцент Татров А.С. Баликоева З.С. Датиева И.Р.  
Тема № 9. к.м.н., доцент Татров А.С., Астаповская С.В.  
Тема №10. к.м.н., доцент Татров А.С., Астаповская С.В.  
Тема №11. к.м.н., доцент Татров А.С., Елканова С.Т.

**Рецензенты:**

**Каргиева З.К.** – зав. каф. психологии ФПК и ПО СОГУ, д. пед. н., проф. ;  
**Усов Г.М.** – зав. каф. психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, д. мед. н., проф. ГОУ ВПО Омской гос. мед. академии

Учебно-методическое пособие содержит изложение основных разделов клинической психологии и соответствует ГОС по предмету «Психология» для студентов высших учебных заведений медицинских специальностей. Каждый из тематических разделов снабжен методиками психологического тестирования с соответствующими ключами. Пособие предназначено студентам всех факультетов медицинских учебных заведений, может быть полезно для аспирантов, преподавателей вузов и специалистов факультетов повышения квалификации постдипломного обучения.

ISBN 978-5-91327-113-6

© Татров А.С., 2010  
© ИД «Академия Естествознания»  
© МОО «Академия Естествознания»

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	4
Тема занятия №1. Предмет клинической психологии. Универсальность положений психологии здоровья.....	5
Тема занятия №2. Ощущение. Восприятие. Нарушения ощущений и восприятий. Методика: Ведущая сенсорная система человека .....	17
Тема занятия №3. Внимание и память.....	36
Тема занятия №4. Мышление. Воображение. Речь .....	48
Тема занятия №5. Эмоциональные психические процессы. Эмоции чувства .....	83
Тема занятия №6. Личность и ее структура. Акцентуации характера. Методика Леонгарда, Шмишека, Д.Ж. Олдхэма и Л. Морриса .....	98
Тема занятия №7. Сознание. Самосознание. Бессознательное .....	152
Тема занятия №8. Внутренняя картина болезни (В.К.Б.). Методика Тобол.....	175
Тема занятия №9. Психосоматика. Психосоматические расстройства (методика «Горонтская алекситимическая шкала»).....	197
Тема занятия № 10. Личность и стресс .....	217
Тема занятия №11. Неврозы. Симптоматический опросник Александровича. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич) .....	233
Тема занятия №12. Психологические основы психотерапии .....	269
Литература .....	283

## **Введение**

---

Появление клинической психологии в системе медицинского образования свидетельствует о переменах в медицине и здравоохранении нашей страны. Пройден длинный путь от почти полного игнорирования психологических знаний и самой психологической науки в середине прошедшего XX века до признания клинического психолога. Изменяется содержание работы медицинского психолога в учреждениях здравоохранения. Изменения коснулись и самого понятия «медицинская психология». Смена названия медицинской психологии на клиническую отражает начавшийся в последнее десятилетие, процесс её интеграции в мировую психологию. В нашей стране было принято название «медицинская психология». В качестве психологической и медицинской науки её задача являлось взаимное обогащение теории и практики медицины и психологии. В настоящее время психологическая дисциплина, интегрируемая в здравоохранении нашей страны, также получила наименование «клиническая психология».

Учебно-методическое пособие попытка дать студентам медицинских вузов системные знания по психологии. Представлены основные области психологии; общая, социальная и клиническая психология.

По нашему мнению, только при сознательном обучении – постоянном осмыслении своего образовательного движения, реализации личных потребностей и ценностей с опорой на способности и возможности- человек в пространстве высшего образования в состоянии реализовать идею свободы. Только через осознанное принятие целей и задач обучения, вооружившись знаниями о закономерностях образовательного процесса, студент приобретает самостоятельность и инициативу, столь необходимые для эффективности учебного процесса.

# Тема занятия №1. Предмет клинической психологии. Универсальность положений психологии здоровья

---

**Место проведения:** аудитория.

**Продолжительность:** 2 часа.

**Цель:** Ознакомить с предметом клинической психологии, ее целями и задачами.  
Изучить личность с позиции психического здоровья.

**Студент должен знать:**

1. Предмет психологии, задачи, методы.
2. Универсальность положений психологии здоровья.
3. Критерии психического здоровья.
4. Методические и организационные аспекты здоровья
5. Классификацию методов развития личности
6. Качества зрелой личности
7. Психологическое здоровье детей

**Студент должен уметь:**

1. Охарактеризовать личность с позиции психического здоровья
2. Определить степень зрелости личности
3. Исследовать личность по критериям психического здоровья.

**Темы проектов, рефератов:**

1. Основные принципы психологии здоровья
2. Методы психологического тестирования
3. Психологическое здоровье детей
4. Психика и сознания
5. Развитие психики и поведения
6. Основные этапы развития поведения и психики; проблема инстинкта, навыка и интеллекта
7. Образ жизни и психическое здоровье
8. Основные представления о здоровой личности
9. Психология здоровья как междисциплинарная область знаний
10. Критерии психического здоровья.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

1. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. СПб., 2006.
2. Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. СПб., 2006.
3. Лакосина Н.А., Сергеев И.И., Панкова Ф.Д. Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. Вузов. – 2005.
4. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология. Учебн. для вузов. М., 2008 г.

**Дополнительная литература:**

1. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2002.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М., 2005 г.
3. Тюльпин Ю.Г. Медицинская психология. М.: Медицина, 2004 г.
4. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. СПб., 2004.

### **Исходный контроль уровня знаний:**

1. Что входит в понятие здоровье? Что такое психологическое здоровье?
2. Как можно охарактеризовать здоровую личность?
3. Что изучает психология?
4. Какие методы развития личности вы знаете?
5. Какими качествами должна обладать здоровая, зрелая личность?

### **Основные вопросы темы:**

1. Предмет психологии, задачи, методы.
2. Универсальность положений психологии здоровья.
3. Задачи психологии здоровья.
4. Классификация методов развития личности.
5. Критерии психического здоровья.
6. Качества зрелой личности.
7. Психологическое здоровье детей.

### **Итоговый контроль уровня знаний:**

1. Какие явления изучает психология?
2. Что является предметом и объектом психологии?
3. Что представляет собой позитивное определение здоровья, данное ВОЗ? Из каких компонентов оно складывается?
4. Что собой представляет понятие «психическое здоровье»? Как соотносятся между собой понятия «психическое здоровье» и «духовное здоровье»?
5. Назовите основные качества зрелой личности?
6. Что представляет собой холистический подход психологии здоровья?
7. Какие основные компоненты входят в программу «Потенциал человека»?
8. Каковы основные методы развития личности?
9. Перечислите уровни «психологического здоровья» детей?
10. Назовите критерии психического здоровья?

## **Содержательная часть**

### **Предмет клинической психологии, задачи, методы**

*Клиническая психология* – отрасль психологии, которая сформировалась на стыке с медициной, она использует знания психологических закономерностей в медицинской практике: анализе условий возникновения (этиологии), диагностике, лечении и профилактике заболеваний у человека.

**Объектом** клинической психологии является человек с различными трудностями адаптации и самореализации, связанными не только с его физическим, но и социальным или духовным состоянием (Карвасарский Б.Д., 2002).

**Предметом** клинической психологии являются многообразные особенности психики и личности, а также различные социально-психологические феномены.

Кроме изучения психики больного человека (психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности), к основным **функциям** клинической психологии относятся изучение закономерностей общения и взаимодействия больных с их родственниками, медицинскими работниками, а также изучение психологических средств воздействия на больных в целях профилактики и лечения заболеваний.

### **Универсальность положений психологии здоровья**

Психология здоровья представляет собой универсальное пространство в широкой области современных традиций медицинской психологии и психологии вообще. Это

пространство создает уникальные условия для слияния воедино имеющихся на сегодняшний день психологических подходов к развитию и обогащению личности. Во многих отраслях науки на современном этапе происходит поиск новых путей развития. Психология здоровья также пытается уйти от старой модели изучения мира человека и приходит к модели изучения человека в единстве с миром, пытаясь увидеть за конкретными проявлениями психической жизни реальность сущности как таковую в ее целостности.

Психология здоровья делает акцент на феноменальную организацию человека как многообразно активного динамического целого, однако, принимая все существующие теории личности, выходит за границы любой из них в поисках универсальности.

Психология здоровья в своем развитии опирается на *холистический подход* в науке о человеке, чем подчеркивается важность гармоничного развития всех составляющих человека для достижения полного благополучия. Реализация такого подхода может, в соответствии с представлениями К. Роджерса, идти через раскрытие «Потенциала Человека».

Гармоничное раскрытие потенциалов, формирующих в определенном смысле структуру личности человека, может диагностироваться как наличие *«холистического здоровья»*. Программа символически представлена в виде цветка, семь лепестков которого формируют узор взаимоувязанных потенциалов, отражающих различные аспекты душевного, телесного и социального здоровья человека. Каждый потенциал важен сам по себе и влияет на все остальные. Ни одним из них нельзя пренебрегать, если человек стремится к холистическому здоровью и благополучию. Цель практической работы – максимальное раскрытие каждого из этих потенциалов (компетенций личности).

**1. Потенциал разума** (интеллектуальный аспект здоровья) – способность человека развивать интеллект и уметь им пользоваться; умение приобретать объективные знания и воплощать их в жизнь.

**2. Потенциал воли** (личностный аспект здоровья) – способность человека к самореализации; умение ставить цели и достигать их, выбирая адекватные средства.

**3. Потенциал чувств** (эмоциональный аспект здоровья). Эмоциональная компетентность – это способность человека конгруэнтно выражать свои чувства, понимать и безоценочно соглашаться с чувствами других. Данная компетентность относится к эмоциональному уровню организации личности.

**4. Потенциал тела** (физический аспект здоровья) – способность развивать физическую составляющую здоровья, «осознавать» собственную телесность как свойство своей личности. Сюда же относятся алиментарная и сексуальная компетентность.

**5. Общественный потенциал** (социальный аспект здоровья). Социальная компетентность определяется как способность человека оптимально адаптироваться к социальным условиям; стремление постоянно повышать уровень культуры общения, социального интеллекта, коммуникативной компетентности; обретение чувства принадлежности ко всему человечеству. Совершенствующийся человек совершенствует природно-социальную среду, которая, в свою очередь, способствует совершенству человека.

**6. Креативный потенциал** (творческий аспект здоровья) – способность человека к созидательной активности, умение творчески самовыражаться в жизнедеятельности, выходя за рамки ограничивающих стандартных знаний.

**7. Духовный потенциал** (духовный аспект здоровья). Духовная компетентность – это способность развивать духовную природу человека, выражать (воплощать) высшие ценности в жизнь.

Духовный потенциал – это стержень, это ткань, это кислород, это питательная среда, на котором произрастает Цветок Потенциалов – Гармония Личности.

Корни «цветка», обеспечивающие устойчивость в бушующей жизни, погружены в традиции времен, состоящие из мудрости семейных и национальных традиций своего народа, мудрости всей цивилизации.

## **Задачи психологии здоровья**

**К задачам психологии здоровья** следует отнести:

1. Повышение уровня психологической культуры, под которой мы понимаем степень совершенства, достигнутого в овладении отраслью психологических знаний и психической деятельностью.

2. Повышение уровня культуры общения, степени совершенства в области внутренней и внешней коммуникации.

3. Определение путей и условий для самореализации, самоосуществления, раскрытия своего творческого и духовного потенциала.

Все эти три задачи интегрируются в процессах развития и «обогащения» личности и могут состоять из трех аспектов работы:

- 1) самопознание;
- 2) самовоспитание или самосотворение;
- 3) самоосуществление.

Наличие психической составляющей, то есть человека, во всех областях профилактической медицины определяет масштаб мероприятий психологии здоровья. Вектор ее исследований может быть направлен на частные области сохранения и развития индивидуального и общественного здоровья. Представим наиболее важные из них:

- 4) психическое здоровье;
- 5) физическое здоровье;
- 6) экологическое здоровье;
- 7) профилактическая наркология;
- 8) психосоматическая медицина;
- 9) психология питания;
- 10) семейное здоровье;
- 11) сексуальное здоровье;
- 12) пренатальное, перинатальное и половое воспитание;
- 13) образование и просвещение;
- 14) труд и отдых;
- 15) национальное здоровье.

Можно выделить следующие направления исследований в области психологии здоровья:

1. Роль психологических факторов в сохранении, укреплении и развитии здоровья.
2. Внутренняя картина здоровья.
3. Методы психологического воздействия в укреплении и развитии здоровой личности.
4. Обучение здоровью.

Тем самым психология здоровья включает в себя практику поддержания здоровья человека от его зачатия до смерти, представляет собой психологическую базу первичной и вторичной профилактики, а также реабилитации.

## **Классификация методов развития личности**

Перечень организационных форм психологии здоровья находит свое развитие в зависимости от конкретных условий (армия, моряки, бизнесмены и др.). К сожалению, привязанность их к медицинским учреждениям часто «нозологизирует» контингент обращающихся за помощью. Важно, чтобы круг форм, имеющих строгую ориентацию на профилактику, расширялся, что способствовало бы охвату большего числа именно здоровых и лиц с состояниями, относящимися к дозонологическому уровню.

Основным мотивом, привлекающим внимание к программам психологии здоровья, выступает личность психолога и методы, которыми он осуществляет поставленные задачи. С помощью этих методов можно решать такие тактические задачи первичной профилактики, как коррекция негативных личностных особенностей; модификация

стереотипов поведения, способствующих развитию психической, соматической и наркологической патологий; снижение последствий эмоциональной стрессированности; борьба с артериальной гипертензией; выработка установки на здоровье и привлечение широкого участия в массовых профилактических мероприятиях; мотивирование населения к преодолению вредных привычек и др.

Во многих работах указывается, что применение психокоррекционных методов (аутогенная тренировка, биообратная связь и др.) способствует снижению вероятности смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на 20%. Все эти задачи могут быть осуществлены при правильном использовании методов когнитивно-социального научения, методов релаксации и урегулирования обстановки в семье и на работе.

К эффективным методам освоения навыков самопрофилактики относится консультирование 2–3 раза в год (по мере необходимости – и чаще) по вопросам питания, борьбы со стрессами, курением и другими вредными привычками, по решению семейных, сексуальных проблем.

Стратегии оказания психологической помощи проблемным клиентам в психологии здоровья определены гармоничным сочетанием работы с негативными и позитивными сторонами личности. Стремление к совершенству предполагает работу как с тем, что мешает этому, так и с тем, что обогащает потенциал личности.

Методы психологического воздействия в области развития, совершенствования человека можно условно дифференцировать в зависимости от уровня сознания, на котором проводятся позитивные изменения. Наиболее приемлемой для психологии здоровья, на наш взгляд, является классификация, основанная на модели «Спектра Сознания» Кена Уилбера. «Спектр Сознания» – это многомерный подход к человеческой личности. Уровни сознания рассматриваются от Верховной Личности, соотносимой с космическим Сознанием, до резко суженой идентификации, ассоциируемой с Эго-уровнем.

**Совершенствование на уровне Эго.** Дезадаптации на данном уровне возникают тогда, когда образ самого себя подвергается искажению и изображается (истолковывается) неточно. Это может быть результатом разрушения связей между сознанием и бессознательным, и тогда совершенствование будет заключаться в восстановлении точного и, следовательно, реального, приемлемого образа себя. Если человек отчуждает какие-то грани своей личности, он обманывает себя, искажает свой образ. Отвергнутые, вытесненные аспекты (то есть пока «неосознаваемая тень персоны») тем не менее принадлежат ему и – например, с помощью механизмов психологической защиты – выходят наружу в виде проекции этих теневых сторон на других людей. Резерв роста личности включает контактирование с «тенью», осознание этих аспектов и принятие их, что расширяет чувство идентификации. Таким образом, человек обретает уточненный и приемлемый образ себя, устраняется разрыв между «персоной» и «тенью». Личность выходит на уровень «Понимаю и принимаю себя со всеми своими достоинствами и недостатками».

**Совершенствование на экзистенциальном уровне.** Цель этих методов состоит не в том, чтобы воссоздать уточненный образ целостного организма, а в том, чтобы быть целостным организмом. Терапия направлена на актуализацию целостного, полностью проявленного бытия человека, не разорванного на части. На данном уровне основная забота совершенствования состоит в преодолении глубинной двойственности, как-то: субъект–объект, жизнь–смерть. Большинство методов экзистенциального уровня обращено к целостному психосоматическому организму и тем кризисам, которые могут здесь иметь место. В эту группу методов входят преимущественно те, в основе которых лежит но этический подход – такие как экзистенциальная психология, гештальттерапия, логотерапия, гуманистическая психология и др.

**Совершенствование биосоциального слоя.** Этот слой относится к верхним пределам экзистенциального уровня. Он хранит в себе объемный массив информации, отобранной из культурного наследия человека. Сформированные поведенческие паттерны этого слоя оказывают всепроникающее влияние как на характер мыслительного процесса, структуру Эго, так и на общее поведение человека.

При восприятии и описании мира человек использует фильтры, с помощью которых сортирует информацию о реальности. Фильтры могут быть обусловлены физиологическими, социальными и индивидуальными особенностями конкретного человека. Тот опыт, который не пропущен самонаблюдения, потрясающая психотерапия, арт-терапия и другие. Именно благодаря таким переживаниям человек может коснуться мира метамотиваций, трансцендентных ценностей – другими словами, вступить в духовные области трансперсонального слоя.

**Совершенствование уровня MIND (существования).** Если на уровне трансперсонального слоя еще есть тонкая грань различия свидетеля и свидетельствуемого, то на уровне MIND эта тонкая грань уходит, то есть остаточные следы двойственности полностью стираются. На этом уровне Свидетель и свидетельствуемое становятся одним и тем же. «...Добиться, чтобы созерцающее, как и требует изначальная его природа, стало подобно созерцаемому, и стяжать ту совершеннейшую жизнь, которую боги предложили нам как цель на эти и будущие времена». Итак, в первом случае (трансперсональный слой) человек свидетельствует реальность (сущее). Во втором (уровень MIND) – он есть реальность (сущее). Методы этого уровня пытаются избавить человека от дуализма субъекта-объекта, после чего он становится способным к взаимодействию с внепространственным миром космического Сознания. Выход на уровень MIND достигается с помощью специфических техник, включенных в некоторые формы религиозного мистицизма – таких, как буддизм махаяны, даосизм, ведантизм, индуизм, суфизм, православный исихазм и другие.

### **Критерии психического здоровья**

#### **ВОЗ: Критерии психического здоровья (Г.К.Ушаков,1976):**

- причинная обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность;
- соответственная возрасту человека зрелость чувств;
- максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности, гармония между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней;
- соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражителей;
- критический подход к обстоятельствам жизни;
- способность самоуправления поведением в соответствии с нормами, установившимися в разных коллективах;
- адекватность реакций общественным обстоятельствам (социальной среде);
- чувство ответственности за потомство и близких членов семьи;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций;
- самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных его членов;
- способность планировать и осуществлять свой жизненный путь

## Качества зрелой личности

Приведем перечень качеств для оценки личностной зрелости, составленный на основе характеристик самоактуализированной личности, предложенной А. Маслоу, программ «Моральных и духовных ценностей», разработанных для учебных заведений Лос-Анджелеса, а также на основе отдельных представлений автора.

### **Зрелая личность:**

- делает добрые дела и не ждет выгоды от этого;
- автоматически не возмущается критикой, так как понимает, что в ней могут содержаться предложения для самосовершенствования;
- не перекладывает вину на других и не критикует, пока не разберется в сути дела;
- несет ответственность за свои действия и решения и не обвиняет других, когда что-то идет не так;
- проигрывает по-хорошему, принимая поражения и разочарования без жалоб и злости;
- адекватно воспринимает реальность и относится к ней, избегает иллюзий, предпочитает иметь дело с действительностью, пусть неприятной;
- способна оставаться верной своей цели и перед лицом больших трудностей (например, непопулярности, отвержения);
- не выходит из себя и не позволяет себе «биться головой о стену» по пустякам;
- обладает более автономной системой ориентации, имеет собственное мнение;
- независима от культуры и среды, умеет «трансцендировать» любую частную культуру;
- не хвалится и ничего «не строит из себя», а когда ей делают комплименты, принимает их красиво и без ложной скромности; не беспокоится преждевременно о том, что от нее не зависит, и примиряется с неизбежным;
- постоянно и четко видит различия между целью и средством ее достижения, добром и злом;
- способна устанавливать тесные эмоциональные отношения, например, с друзьями или близкими людьми;
- обладает чувством этики и философским, невраждебным юмором;
- живет спонтанно, просто, естественно, синхронно с жизнью;
- имеет опыт переживания высших состояний;
- сфокусирована на проблемах вне себя;
- терпелива, потому что знает: «рана заживает постепенно»;
- обладает высокой степенью принятия себя, других, в том числе различных сложностей человеческой натуры;
- обладает способностью постоянно по-новому видеть обычные вещи; ее оценка отличается свежестью;
- демократична, способна учиться у кого угодно, если есть чему;
- обладает чувством принадлежности ко всему человечеству, хотя видит его недостатки;
- креативна, изобретательна в своей области, а не просто следует установленному пути;
- черпает энергию, силу, вдохновение из жизни, природы, общения с прекрасным;
- составляет разумный план и старается по порядку его реализовать.
- Стремление к воспитанию в себе приведенных выше качеств способствует росту личности, накоплению духовного потенциала человека. Масштабность личности зависит от уровня реализации ее зрелых черт.

## Психологическое здоровье детей

Учитывая, что в детском возрасте личность ребенка еще только формируется, используем понятие «психологического здоровья» для детей. Что же такое норма «психологического здоровья», на которую следует ориентироваться, работая с детьми? Если для психического здоровья норма – это **отсутствие** патологии, симптомов, мешающих адаптации человека в обществе, то для определения нормы психологического здоровья важно **наличие** определенных личностных характеристик. И если заботой психиатра по большей части становится **избавление** пациента от патологических факторов, то направление действий психолога идет в сторону **приобретения** человеком полезных свойств, способствующих успешной адаптации. Кроме того, норма психологического здоровья предполагает не только успешную адаптацию, но и продуктивное развитие человека на благо самому себе и обществу, в котором он живет. Итак, норма психологического здоровья – это некий **идеал**, путь к которому бесконечен, и на пути к этому идеальному образу можно находить все новые и новые ориентиры для саморазвития и организации психологических воздействий. Эти ориентиры меняются не только в зависимости от всего разнообразия жизненных ситуаций, но и в каждой из ситуаций – в зависимости от возраста человека.

Известно, что реакции на одни и те же явления у детей и взрослых различны. То, что естественно для взрослого, ненормально для ребенка, и наоборот. Мы не можем анализировать детское поведение с применением взрослых критериев, и в то же время мир детей со всей его самобытностью постоянно пересекается с миром и интересами взрослых. Мы должны постоянно учитывать самоценность детства и в то же время постепенно и безболезненно помогать ребенку взрослеть, социализироваться, то есть адаптироваться к большому миру.

Определяя критерии нормы психологического здоровья ребенка, которые могли бы стать основой дифференцирования психологической помощи детям, мы исходим из следующего положения: фундамент психологического здоровья составляет полноценное психическое развитие человека на всех этапах онтогенеза, то есть во все возрастные периоды его общего развития (Дубровина, 2000). Психологическое здоровье ребенка и взрослого различается совокупностью личностных новообразований, которые еще не появились у ребенка, но должны присутствовать у взрослого, причем отсутствие их у ребенка не должно восприниматься как нарушение. Поскольку психологическое здоровье предполагает наличие динамического равновесия между индивидом и средой, то ключевым критерием становится адаптация ребенка к социуму. Можно выделить несколько уровней психологического здоровья ребенка – они достаточно условны, однако необходимы для организации практической работы с детьми в школе.

Перечислим уровни «психологического здоровья» детей.

**1. Креативный уровень.** Существуют дети, которые не нуждаются в психологической помощи. Они устойчиво адаптированы к любой среде, обладают резервом для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности. Этот идеальный образ ребенка-творца, достаточно редкий в реальной жизни, выражает совершенную степень психологического здоровья, его высший уровень. Назовем его *креативным* (что означает творческий, созидательный).

**2. Адаптивный уровень.** Большинство относительно «благополучных» детей в целом адаптированы к социуму, но по результатам диагностических методик проявляют отдельные признаки дезадаптации, обладают повышенной тревожностью. Такие дети не имеют достаточного запаса прочности «психологического здоровья» и нуждаются в групповых занятиях профилактически-развивающей направленности. Это группа относительного риска, она довольно многочисленна и представляет средний уровень психологического здоровья, Назовем *его адаптивным*.

**3. Ассимилятивно-аккомодативный уровень.** Это низший уровень психологического здоровья. К нему относятся дети с нарушением баланса процессов ассимиляции и

аккомодации, то есть либо неспособные к гармоничному взаимодействию с окружающими, либо проявляющие глубинную зависимость от факторов внешнего воздействия, не владея механизмами защиты, отделения себя от травмирующих влияний среды. Дети с преобладанием процессов **ассимиляции** стремятся во что бы то ни стало изменить окружающий мир; при этом они не готовы к самоизменению в соответствии с внешними требованиями и интересами окружающих. У этих детей дезадаптация активно проявляется в эпатажном поведении, конфликтах со сверстниками, домашних аффектированных капризах и т.д. Для детей с преобладанием процессов **аккомодации**, напротив, характерно приспособленчество к требованиям внешнего мира в ущерб собственным потребностям и интересам. Их дезадаптация почти никак не проявляется внешне, ее трудно зафиксировать. Это «удобные», тихие дети, прилежные и старательные ученики, которыми гордятся родители. Их ставят в пример педагоги, не замечая, что они пребывают в состоянии стойкого эмоционального дискомфорта, который со временем углубляется и часто приводит к соматическим нарушениям. Эта группа требует особого внимания именно вследствие своего внешнего благополучия, не вызывающего тревоги у взрослых. Выделенные уровни психологического здоровья позволяют дифференцировать психологическую помощь учащимся. С детьми первой группы достаточно проводить лишь развивающую работу. Детям с психологическим здоровьем второй группы необходима систематическая особым образом организованная помощь психопрофилактического характера. Поскольку эта группа очень велика, предпочтительно проводить групповую работу. Учащимся, попадающим в третью группу, необходима серьезная индивидуальная коррекционная работа.

## Практическая часть

Аутоаналитический опросник здоровой личности (В.А. Ананьев).

**Цель:** Выявление степени зрелости (здоровья) личности.

**Среднее время проведения:** 15 мин.

**Инструкция.** Постарайтесь искренне ответить на предложенные в перечне вопросы. Ответ «да» оценивается тремя баллами, ответ «нет» – одним. Надеемся, что ваши ответы помогут вам глубже заглянуть в себя, поразмышлять над тем, что в себе можно изменить, что стоит приобрести, от чего избавиться. Надо помнить, что данный опросник предназначен не столько для того, чтобы дать количественную оценку «зрелости» вашей личности, что в принципе невозможно, сколько для того, чтобы сделать тест средством самоанализа на пути самосовершенствования.

### Текст опросника

1. Вы отваживаетесь взять на себя ответственность за собственную жизнь и поступки и не обвиняете других, когда дела идут не так.
2. Вы достаточно мудры, чтобы не мешать другим жить своей жизнью.
3. Вы сами, без подсказок, знаете, что для вас хорошо, а что плохо.
4. При принятии решений вы во многом доверяете интуиции.
5. Вы понимаете, что сначала нужно быть довольным собой, а потом уже другими.
6. Вы бережно относитесь к своему телу, развиваете интеллект и духовные качества для того, чтобы обрести целостность и гармоничность.
7. Вы предпочитаете преодолевать собственные вершины, а не карабкаться на чужие.
8. Вы способны изменить привычные схемы своего поведения в поиске новых путей общения с миром.
9. Вы знаете, что свобода – это внутреннее, а не зависящее от обстоятельств состояние.
10. Вы умеете создать вокруг себя состояние мира и спокойствия, когда вокруг бушует буря.

11. Вы ощущаете, что ведомы высшей силой и чувствуете себя ее частью.
12. Вы желаете обрести совершенство, но прощаете недостатки себе и другим.
13. У вас есть силы находить жизнь прекрасной и удивительной даже во время испытаний и лишений.
14. Вы понимаете, что в жизни неизбежны перемены и их не надо бояться.
15. Вы способны видеть за цепочкой случайных событий целостность бытия.
16. Вы умеете любить и делать добрые дела, ничего не требуя взамен.
17. Вы готовы искать всегда и везде, чтобы постичь истину.
18. Вы стараетесь поступать так, как подсказывает вам ваша совесть.
19. Вы не возмущаетесь критикой в свой адрес, а стараетесь найти в ней полезные для совершенствования моменты.
20. Вы умеете проигрывать, принимать поражения и разочарования без жалоб и злости.
21. Вы способны остаться верным себе и своей цели даже перед лицом отвержения и непопулярности.
22. Вы способны трансцендировать (расширять до масштабов всей Земли) среду и культуру, в которой живете.
23. Вы умеете принимать комплименты достойно, без ложной скромности.
24. Вы не беспокоитесь преждевременно, а также по поводу событий, не зависящих от вас.
25. Вы постоянно и четко осознаете различия между целью и средствами ее достижения.
26. Вы умеете устанавливать тесные эмоциональные отношения с близкими и друзьями.
27. Вы не теряете чувства юмора ни при каких обстоятельствах.
28. Вы живете спонтанно и естественно, синхронно с жизнью.
29. Проблемы, на которых вы сфокусированы, лежат вне вас.
30. Вы обладаете чувством принадлежности ко всему человечеству, хотя и видите его недостатки.
31. Вы достаточно изобретательны в своей деятельности и не следуете стереотипам.
32. Вы знаете, откуда черпать силы и вдохновение, и умеете это делать.
33. Вы смиряетесь с неизбежным, с тем, что уже произошло.
34. Вы не уходите от жизни различными способами, а предпочитаете иметь дело с действительностью, какой бы она ни была.
35. Вы не критикуете других, не разобравшись в сути дела.
36. Вы терпеливы, потому что знаете: рана заживает постепенно.
37. Вы не выходите из себя и не «бьетесь головой о стену» по пустякам.
38. Мораль для вас определяется собственным опытом, а не чужим мнением.
39. Вы всегда просите о помощи, когда осознаете, что в ней нуждаетесь.
40. Вы составляете разумный план и реализуете промежуточные цели на пути к главной.

### **Интерпретация:**

Суммируйте баллы. По сумме определите свою ступень на лестнице «взросления личности».

- 40-70: начало «зрелости» – впереди трудная, но нужная работа над собой.
- 70-100: умеренная зрелость – есть еще резервы к совершенствованию.
- 100-120: уверенная зрелость – вам удалось выйти на новый виток человеческого существования.

## Тестовый контроль знаний

1. В недрах какой науки зародилась психология:
  - 1) политология
  - 2) биология
  - 3) философия
  - 4) социология
2. Какой философ античности соединил в своем представлении о душе два противоположных философских направления – материализм и идеализм:
  - 1) Платон
  - 2) Аристотель
  - 3) Демокрит
  - 4) Сократ
3. Исходя из предмета изучения, психология – это наука
  - 1) точная
  - 2) естественная
  - 3) педагогическая
  - 4) медицинская
  - 5) гуманитарная
4. К понятию «нозос» в отличие от «патос» относятся все за исключением одного:
  - 1) устойчивые психопатологические состояния
  - 2) психопатологические психические процессы
  - 3) психопатологические симптомы и синдромы с внутренней закономерностью симптомообразования
  - 4) психопатологические расстройства, имеющие этиопатогенетические механизмы
  - 5) психические заболевания
5. К методам исследования в клинической психологии относится все за исключением одного:
  - 1) патопсихологическое исследование
  - 2) клиническое интервьюирование
  - 3) нейропсихологическое исследование
  - 4) тестирование индивидуально-психологических особенностей
  - 5) амитал-кофеиновое растормаживание
6. В понятие гармоничной личности включается все из нижеперечисленного за исключением:
  - 1) доброты
  - 2) ответственности
  - 3) самостоятельности
  - 4) нравственности
  - 5) автономности
7. К параметрам гармоничного характера относится все из нижеперечисленного за исключением:
  - 1) зрелость
  - 2) здравомыслие
  - 3) автономность
  - 4) гибкость самооценки
  - 5) нравственность

8. Для убедительной диагностики психопатологических симптомов принципиально важными являются законы:

- 1) физические
- 2) биологические
- 3) физиологические
- 4) астрологические
- 5) логические

9. Холистический подход психологии здоровья опирается:

- 1) на клиническую картину личности
- 2) на изучение психики человека
- 3) на изучение поведенческих процессов
- 4) на всестороннее гармоничное развитие личности

10. Способность человека развивать интеллект и уметь им пользоваться; умение приобретать объективные знания и воплощать их в жизнь, относится к:

- 1) духовному потенциалу человека
- 2) потенциал тела
- 3) потенциал разума
- 4) потенциал чувств

#### Ответы

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
<b>1</b>	3	<b>6</b>	1
<b>2</b>	2	<b>7</b>	4
<b>3</b>	5	<b>8</b>	5
<b>4</b>	2	<b>9</b>	4
<b>5</b>	5	<b>10</b>	3

## **Тема занятия №2. Ощущение. Восприятие. Нарушения ощущений и восприятий. Методика: Ведущая сенсорная система человека**

---

**Место проведения:** аудитория

**Продолжительность:** 2 часа

**Цели занятия:**

1. Ознакомить с основными представлениями процессов ощущения и восприятия.
2. Изучить основные виды и свойства ощущения и восприятия.
3. Показать различия ощущений и восприятий.
4. Разобрать клиническую картину ощущений и восприятий.

**Студент должен знать:**

1. Определения ощущения и восприятия.
2. Происхождение ощущений.
3. Виды ощущений и классификацию ощущений.
4. Свойства ощущений
5. Измерение и изменение ощущений.
6. Нарушение ощущений.
7. Отличие восприятия от ощущений.
8. Основные свойства образы восприятия: предметность, константность, целостность, категоричность.
9. Иллюзии зрительного восприятия. Восприятие пространства, времени и движения.
10. Механизмы восприятия формы предметов и их величины, восприятие времени.
11. Нарушения восприятия в клинике.
12. Классификация расстройств восприятий (агнозии, иллюзии, галлюцинации и псевдогаллюцинации, психосенсорные расстройства).

**Студент должен уметь:**

1. Исследовать нарушения процессов ощущения и восприятия у больных.
2. Определять ведущую сенсорную систему человека с помощью специальных методик.

**Темы проектов, рефератов:**

1. Происхождение ощущений.
2. Виды и классификация ощущений.
3. Свойства ощущений
4. Отличие восприятия от ощущений.
5. Иллюзии зрительного восприятия. Восприятие пространства, времени и движения.
6. Роль ощущений в жизни человека.
7. Механизмы восприятия формы предметов и их величины, восприятие времени.
8. Классификация расстройств восприятий (агнозии, иллюзии, галлюцинации и псевдогаллюцинации, психосенсорные расстройства).

**Рекомендуемая литература**

**Основная литература:**

1. Клиническая психология / Под ред. П.И. Сидорова, А.В. Парнякова. – ГЭОТАР-Медиа, 2008.
2. Клиническая психология / Под ред. Б.Д. Карвасарского. Питер, 2002.
3. Основы психологии. Практикум, Столяренко Л. Д. – Ростов/на Д., 2006.
4. Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д.- Москва ГОУ ВУНМЦ РФ, 2002 г.

### **Дополнительная литература:**

1. Психосоматическая медицина, Ф. Александер. – М., 2000.
2. Введение в психологию здоровья, Ананьев В. А. – СПб., 1998.
3. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов.
4. Блейхер В.М., Крук И. В., Боков С. Н. – Ростов/на Д., 1996.
5. Психология в медицине, Абрамова Г. С., Юдчиц Ю. А. – М.: Кафедра- М, 1998.
6. Введение в медицинскую психологию. Лебединский М. С., Мясичев В. Н. – Л., 1996.
7. Основы клинической и консультативной психологии. Тодд Дж., Богард А. К. – СПб.: Сова; М.: Эксмо-Пресс, 2001.
8. Психологическое тестирование. Анастаси А. Пер. с англ. – М., 1982.
9. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учеб. пособие. Крылов А. А., Маничев С. А. – СПб.: Питер, 2000.
10. Основы общей психологии. Рубинштейн С. Л. – СПб., 1998.
11. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.: илл.
12. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002.
13. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕД-пресс, 1998.

### **Исходный контроль уровня знаний:**

1. Что вы понимаете под терминами «ощущение» и «восприятие»?
2. Чем отличается процесс ощущения от процесса восприятия?
3. Как вы считаете, какова роль этих психологических процессов в жизни человека?
4. В следствии каких факторов могут нарушиться эти психические процессы?

### **Основные вопросы темы:**

1. Определение ощущения и восприятия.
2. Происхождение ощущений.
3. Виды ощущений и классификацию ощущений.
4. Свойства ощущений
5. Измерение и изменение ощущений.
6. Нарушение ощущений.
7. Отличие восприятие от ощущений.
8. Основные свойства образы восприятия: предметность, константность, целостность, категоричность.
9. Иллюзии зрительного восприятия. Восприятие пространства, времени и движения.
10. Механизмы восприятия формы предметов и их величины, восприятие времени.
11. Нарушения восприятия в клинике.
12. Классификация расстройств восприятий (агнозии, иллюзии, галлюцинации и псевдогаллюцинации, психосенсорные расстройства).

### **Итоговый контроль уровня знаний:**

1. Дайте определение ощущений и укажите, какие компоненты нервной системы принимают участие в сенсорном информационном пространстве?
2. Перечислите основные характеристики ощущений?
3. Перечислите основные группы расстройств ощущений. Каковы главные механизмы их возникновения?
4. Какие главные характеристики отличают восприятие от ощущений?
5. Каким образом изучение различных иллюзий определяет понимание механизмов восприятие?
6. Перечислите основные группы расстройств восприятия. каковы главные механизмы их возникновения?

7. Каким образом производится человеком обработка зрительной информации и каковы механизмы возникновения зрительных агнозий?
8. Каким образом звуковые стимулы переводятся в сенсорные сигналы и каковы механизмы возникновения слуховых агнозий?
9. Что такое кожно-кинестетическая чувствительность и каковы механизмы тактильных агнозий?
10. Каким образом исследуется обаятельная, вкусовая и статическая чувствительность у человека?

## Ощущения

Ощущения и восприятия, являющиеся чувственными образами, составляют начальный, исходный момент в процессе познания человеком мира. Ощущения и восприятия возникают лишь при непосредственном воздействии раздражителей на органы чувств. Первичным звеном познания являются именно ощущения.

Ощущения имеют огромное значение в жизнедеятельности человека, так как, во-первых, они обеспечивают связь с внешним миром, являются постоянным источником знаний об окружающей среде.

Во-вторых, ощущения связаны с внутренней средой организма, благодаря интероцепции обеспечивается поддержание нормального состояния организма. И, наконец, ощущения связаны с потребностями организма и благодаря этому выполняют регулируемую функцию.

**Ощущение** – это простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств, предметов и явлений внешнего мира, а также внутренних состояний организма при непосредственном воздействии раздражителей на соответствующие рецепторы. Физиологическим механизмом ощущений является механизм анализатора, при этом большое значение имеет обратная связь.

**Ощущение** – это психический процесс отражения единичных свойств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на органы чувств. Со времен Аристотеля традиционно выделяют пять видов ощущений, информирующих человека об изменениях в окружающей среде. Это осязание, вкус, обоняние, слух и зрение.

Различные виды ощущений характеризуются не только специфичностью, но и общими для всех них свойствами. К таким свойствам относятся **качество, интенсивность, продолжительность и пространственная локализация.**

**Качество** – это главная особенность данного ощущения, отличающая его от других видов ощущений и варьирующая в пределах данного вида ощущений (одной модальности). Слуховые ощущения, например, отличаются по высоте, тембру, громкости, а зрительные – по насыщенности, цветовому тону.

**Интенсивность** ощущения является его количественной характеристикой и определяется как силой раздражителя, так и функциональным состоянием рецептора.

**Длительность ощущения** определяется также эффектом последствия, который заключается в том, что ощущение не прекращается в момент окончания действия раздражителя, а продолжается еще некоторое время, что проявляется в возникновении последовательного образа. Длительность инерции ощущения варьирует от 0,05 до 1 сек.

**Пространственная локализация** ощущений дает человеку сведения о локализации раздражителя в пространстве, если речь идет о дистантных рецепторах (зрительный, слуховой и др.), или соотносит ощущение с той частью тела, на которую воздействует раздражитель, в случае контактных рецепторов (тактильный).

Как показывают исследования, эти характеристики не являются неизменными. Под влиянием ряда факторов чувствительность изменяется.

## Основные свойства:

**1. Модальность** – основная особенность данного вида ощущений, отличающая его от других видов. В процессе эволюции у человека сформировались основные одиннадцать видов ощущений, обеспечивающих целостное отражение мира и оптимальную адаптацию – это зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные, осязательные, температурные, двигательные, или кинестетические, вестибулярные, или равновесия, вибрационные, болевые, органические, или интероцептивные. В каждой модальности отражаются разнообразные качества, так, например, в зрительной представлены такие качества, как яркость, контраст и др., в слуховой – высота, тембр, громкость звука. Соотношение модальности и качества основных видов ощущений представлено в табл. 1.

**Таблица 1**

**Соотношение модальности и качества ощущений (Блум, Лейзерсон, Хофстедтер)**

<i>Модальность</i>	<i>Чувствительный орган</i>	<i>Качество</i>	<i>Рецепторы</i>
Зрение	Сетчатка	Яркость, контрастность, движение, размеры, цвет	Палочки и колбочки
Слух	Улитка	Высота, тембр, громкость	Волосковые клетки
Равновесие	Вестибулярный орган	Сила тяжести Вращение	Макулярные клетки Вестибулярные клетки
Осязание	Кожа	Давление Вибрация	Окончания Руффини Диски Меркеля Тельца Пачини
Вкус	Язык	Сладкий и кислый вкус Горький и соленый вкус	Вкусовые сосочки на кончике языка Вкусовые сосочки у основания языка
Обоняние	Обонятельные нервы	Цветочный запах Фруктовый запах Мускусный запах Пикантный запах	Обонятельные рецепторы

**2. Интенсивность** ощущений зависит от силы действующего раздражителя, от функционального состояния анализатора, а также от индивидуальных особенностей человека. Основной характеристикой анализатора является его чувствительность. Она определяется двумя величинами. Первая из них – это тот отрезок континуума стимулов, воздействие которых вызывает ощущение данной модальности. Для того, чтобы возникло ощущение, интенсивность раздражителя должна достигнуть определенной величины. В дальнейшем, с увеличением интенсивности раздражителя, наступает момент, когда анализатор перестает работать адекватно. Всякое воздействие, превышающее определенный предел, вызывает болевое ощущение и нарушает деятельность анализатора. Интервал от минимальной до максимальной адекватно ощущаемой величины определяет диапазон чувствительности анализатора.

## Основные характеристики ощущений

Диапазон чувствительности. Раздражитель способен вызвать ощущение только при достижении определенной величины или силы.

Минимальная величина раздражителя, вызывающая едва заметное ощущение, называется **нижним абсолютным порогом чувствительности** ( $i_0$ ). По нижнему порогу судят об абсолютной чувствительности анализатора. Чем ниже ( $i_0$ ), тем выше чувствительность анализатора к раздражителю.

Нижний абсолютный порог определяет разрешающую способность органов чувств, у человека она относительно велика. Для глаза достаточно 2-8 квантов лучистой энергии, чтобы вызвать зрительное ощущение, а если чуть-чуть снизить слуховой порог, то человек смог бы слышать шорох, совершаемый молекулами при Броуновском движении.

Раздражители меньшей силы называются **подпороговыми**, и сигналы о них не передаются в кору головного мозга.

Переход от подпорогового ощущения осуществляется скачкообразно: если воздействие почти достигло пороговой величины, то достаточно бывает едва заметного увеличения его силы для того, чтобы стимул сразу полностью превратился в ощущаемый. Подпороговые ощущения не безразличны для организма. Подтверждением тому служат многочисленные факты, когда именно слабые подпороговые раздражители, идущие от внешней или внутренней среды, создают в коре больших полушарий доминантный очаг и способствуют возникновению «обманов чувств» галлюцинаций.

**Верхний абсолютный порог ощущения** ( $i_{max}$ ) – максимальная величина раздражителя, которую способен адекватно воспринимать анализатор. Воздействия, превышающие ( $i_{max}$ ), перестают ощущаться или вызывают боль ( $i_{max}$ ) – значительно более изменчив у разных людей и в разных возрастах. Интервал между ( $i_0$ ) и ( $i_{max}$ ) – носит название – диапазон чувствительности.

**Временной порог** измеряется длительностью воздействия, необходимой для того, чтобы возникло ощущение. Пространственный порог определяется по минимальным размерам положению в сенсорном поле и той площадью, на которую воздействует раздражитель едва ощущаемого раздражителя, его расстоянию от рецептора. Наиболее элементарным примером пространственного порога является острота зрения. Она определяется тем минимальным расстоянием между двумя точками, при котором возможно минимальное ощущение их раздельности. Обычно за нормальную остроту зрения принимается такая, порог которой равен 1 угл. мин.

**Длительность ощущения** определяется временем действия раздражителя и его интенсивностью. Ощущение возникает не сразу, а спустя некоторое время, после начала действия раздражителя. Период от начала действия раздражителя до появления ощущения называется **латентным периодом**. Латентные периоды простой сенсомоторной реакции при предъявлении раздражителей разной модальности различны и представлены в табл. 2.

**Таблица 2**

**Латентный период простой сенсомоторной реакции (по Ломову)**

<i>Анализатор и качество сигнала</i>	<i>Латентный период (в миллисекундах)*</i>
Тактильный (прикосновение)	90-220
Слуховой (звук)	120-180
Зрительный (свет)	150-220
Обонятельный (запах)	310-390
Температурный (тепло и холод)	280-1600
Вкусовой:	
– соленое	310
– кислое	450
– сладкое	540
– горькое	1080
Вестибулярный аппарат (вращение испытуемого)	400
Болевой	130-890

\* П р и м е ч а н и е : указаны наименьшие и наибольшие значения средних величин, полученных разными авторами.

Одним из феноменов изменения чувствительности является адаптация.

**Адаптацией** органов чувств называется изменение чувствительности анализатора под влиянием действующего раздражителя. Адаптация может сопровождаться повышением чувствительности или ее понижением вплоть до полного исчезновения. Наиболее значительна величина адаптации в зрительном анализаторе. Чувствительность глаза может измениться примерно в  $2^{10}$  раз. Время адаптации составляет примерно 30-40 мин, время адаптации к свету около 10 мин. Разные анализаторы имеют неодинаковую способность к адаптации. Наиболее быстро адаптация происходит в тактильном, обонятельном анализаторах. Наиболее медленно – в зрительном. Практически не возникает адаптации человека к болевому ощущению, что имеет важное биологическое значение, так как болевое ощущение является сигналом неблагополучия в организме.

### Классификация ощущений

На протяжении последнего столетия неоднократно предпринимались попытки классификации, упорядочения всего многообразия ощущений. Наиболее общепринятой является в настоящее время **классификация Шеррингтона**, в основу которой положен «принцип отнесенности рецепторного органа к рецепторному полю», то есть учитывается место расположения рецептора и местонахождение источника раздражения. В соответствии с этим все ощущения делятся на 3 группы.

**Экстерорецепторы** – рецепторы внешней среды. Деятельность этих рецепторов направлена на распознавание воздействий внешнего мира, что имеет первостепенное значение для отражения в сознании человека объективной действительности. К этой группе относятся зрение, слух, обоняние, вкус, тактильные, температурные, болевые ощущения.

**Проприорецепторы**, включают в себя органы чувств, отражающие движение и положение тела в пространстве, мышечно-суставные, или кинестетические, вибрационные, вестибулярные (ощущения равновесия и ускорения).

**Интерорецепторы** – расположены во внутренних органах. По характеру стимуляции все рецепторы внутренних органов независимо от их локализации делятся на несколько видов: хеморецепторы, терморецепторы, болевые рецепторы и механорецепторы, отражающие изменение давления во внутренних органах и кровяном русле.

Таким образом, три основные вида ощущений объединяются в зависимости от того, что они отражают: внешний мир, положение и движение тела в этом внешнем мире или деятельность внутренних органов. Конечно, такая классификация относительна, поскольку многие из видов ощущений представлены рецепторами, имеющимися и на поверхности тела, и во внутренней среде организма, как, например, температурный, тактильный. Кроме того, на характер чувствительности практически всех органов чувств существенное влияние оказывает внутреннее состояние организма.

Примером взаимодействия анализаторов является **соместезия, синестезия**.

**Соместезия** – комплексное образование, объединяющее все виды кожной рецепции, кинестезию, интерорецепцию и зрительные ощущения и формирующее *схему тела*. Механизмы формирования схемы тела изучены пока недостаточно, но именно схема тела является «сенсорным источником личности» по выражению Сеченова. При изучении такого психологического феномена, как Я-человека и при определении его структуры к первичному уровню – ядру «Я» – относят чувство существования тела, включающее комплекс ощущений и эмоций. Таким образом, очевидной является связь сенсорной сферы с субъективной стороной жизни человека, со становлением и развитием его самосознания.

Важнейшим фактором, влияющим на уровень чувствительности, является взаимодействие анализаторов. Все анализаторы функционируют не изолированно, они представляют собой единую сложную систему, все части которой теснейшим образом взаи-

мосвязаны. Воздействие раздражителя на любой анализатор не только вызывает его реакцию, но и приводит к тем или иным изменениям всех других анализаторов.

Известно, например, что цветочувствительность повышается при одновременном воздействии на человека звука: чувствительность к красно-оранжевым цветам понижается, к зелено-синим повышается (данные Кравкова). Слабое действие побочных раздражителей (например, обтирание холодной водой лица, рук, затылка или медленное разжевывание кисло-сладкой таблетки) повышает чувствительность ночного зрения (Кекчеев). Слабые болевые ощущения повышают чувствительность практически всех анализаторов. Таким образом, воздействуя на одни анализаторы, можно целенаправленно изменять уровень чувствительности других. При этом общим правилом может быть следующее: сильные воздействия на какой-либо анализатор понижают уровень чувствительности других, слабые – даже подпороговые раздражители – повышают.

**Синестезия** – это возникновение под влиянием раздражения одного анализатора ощущений, характерных для другого анализатора. Этот феномен особенно ярко проявляется и используется в эффекте цветомузыки. «Цветовым» слухом обладали такие известные деятели искусства, как Скрябин и Чюрленис. В современных исследованиях этот эффект изучается как кроссмодальное взаимодействие и его разновидность – кроссмодальный перенос.

Огромное влияние на изменение чувствительности оказывает практическая и познавательная деятельность человека. В частности, в процессе профессиональной деятельности происходит **сенсбилизация**, то есть повышение чувствительности органов чувств под влиянием упражнения. Известно, что у шлифовщиков резко повышается острота зрения и они видят просветы до 0,0005 мм, в то время как нетренированные всего до 0,1 мм. Профессиональные красильщики различают до 40 оттенков черного цвета, а сталевары по оттенкам цвета горячего металла могут определить температуру плавки. В процессе и под влиянием деятельности, прежде всего, изменяется разностная, дифференциальная чувствительность. Абсолютная чувствительность в меньшей мере поддается тренировке.

**Сенсорная организация человека** – этот термин впервые был предложен Ананьевым в 1960 г. По мнению ученого, сенсорная организация относится к наиболее важным проявлениям исторической природы человека и к коренным феноменам жизнедеятельности, связанным с глубинными слоями структуры человеческого развития и личности. В этом свете широко распространенное и в настоящее время представление о том, что сенсорно-перцептивные процессы относятся к низшим психическим функциям и, составляя периферию субъекта, не входят в его основную структуру и индифферентны к личности, является устаревшим.

В структуру сенсорной организации включается система постоянных межанализаторных связей, общий состав чувственного отражения. Определяющими для формирования сенсорной организации являются среда обитания, образ жизни и способ жизнедеятельности. Эти факторы обуславливают соотношение видов рецепции в данной сенсорной организации, определяют ее ядро, то есть группы анализаторов, специфичные для данной среды обитания. У рыб, например, такое ядро составляют орган боковой линии и хеморецепция. У обезьян кинестезия, зачатки активного осязания и зрение образуют сенсорную ось. Выделение ведущих органов чувств, составляющих сенсорную ось у животных, определяется видовой принадлежностью. У человека – индивидуальными особенностями, прежде всего характеристиками чувствительности, а также особенностями деятельности. В связи с этим, необходимо выделить такое свойство сенсорной организации, как **сенситивность** – уровень чувствительности анализаторов.

Уровень сенситивности и ведущие анализаторные системы определяют индивидуальные особенности человека. Структура сенсорной организации человека является условием успешной социализации. Формирование таких качеств, как впечатлительность, эмпатийность, наблюдательность существенно связано с сенсорной организацией.

Кроме того, сенсорная организация лежит в основе формирования способностей человека к различным видам деятельности. Знание и учет ведущей анализаторной системы очень важны при общении людей, организации обучения, так как несовпадение способов подачи информации и ее приема существенно затрудняет взаимодействие людей и понимание. Известно, что большая часть учителей, например, предпочитает зрительную подачу информации. При этом дети, у которых ведущей сенсорной системой является слуховая или кинестетическая, могут испытывать существенные трудности.

В этом смысле универсальным является тактильный анализатор. В многочисленных экспериментах было показано, что касание, короткое и легкое прикосновение руки мощно снижает дискомфорт, уменьшает или даже снимает барьер между психотерапевтом и клиентом, повышает активность и самораскрытие последнего. В настоящее время этот эффект активно используется в психотерапевтической практике, например, в рамках так называемой телесноориентированной психотерапии.

### **Расстройства ощущений**

Нарушения ощущений весьма многочисленны. Однако в большинстве случаев, все наблюдаемые психические расстройства ощущений можно отнести к одной из трех главных групп: гиперестезии, гипестезии и парестезии.

**Гиперестезия** – повышенная чувствительность к реальным обычным или даже слабым воздействиям. В этих случаях как внешние, так и интеро- и проприоцептивные раздражители вызывают чрезвычайно интенсивную реакцию в связи с резким уменьшением нижних абсолютных порогов ощущений. Например, стук пишущей машинки оглушает больного, горящая свеча слепит, а рубашка, прилегающая к телу, раздражает настолько, что кажется изготовленной «из колючей проволоки» и т.п. Такая психическая гиперестезия наблюдается при неврозах, интоксикации некоторыми веществами (опиатами, гашишем, циклодолом и т.п.), начальных этапах помрачения сознания, острых психозах.

**Гипестезия** – пониженная чувствительность к реальным раздражителям, повышение нижних абсолютных порогов ощущений. В этом случае больной почти не реагирует на укол, на ползающую по лицу муху и т.п. Пониженная чувствительность к температурным раздражителям может приводить к несчастным случаям – ожогам и обморожениям. В крайних случаях гипестезии анализатор полностью не способен отвечать на раздражение, и это явление носит название анестезии. Анестезия обычно бывает при полном анатомическом перерыве одного из периферических нервных стволов или разрушении центрального отдела анализатора. Потеря чувствительности обычно распространяется на тактильную, болевую и температурную чувствительность (тотальная анестезия) или только на отдельные ее виды (парциальная анестезия). Неврологи различают корешковую анестезию, при которой тотально нарушается чувствительность в зоне иннервации определенного заднего корешка спинного мозга, и сегментарную, при которой нарушения возникают в зоне иннервации определенного сегмента спинного мозга. В последнем случае анестезия может быть как тотальной, так и диссоциированной, при которой отсутствие болевой и температурной чувствительности сочетается с сохранностью проприоцептивной чувствительности или наоборот. При некоторых болезнях, например проказе (лепра), возникает специфическое поражение кожных рецепторов с последовательным ослаблением и утратой температурной, затем болевой, а далее и тактильной чувствительности (наиболее длительно при лепрозной анестезии сохранена проприоцептивная чувствительность).

При психической гипестезии и анестезии соответствующий анализатор анатомо-физиологически формально сохранен. В частности, гипестезии и анестезии могут быть внушены человеку, находящемуся в гипнотическом сне. Психическая амблиопия (слепота), психическая anosmia (нечувствительность к запахам), психическая агевзия (ут-

рата чувства вкуса), психическая глухота, психическая тактильная и болевая анестезия часто встречаются при истерических невротических нарушениях. В рамках истерической анестезии описаны нарушения болевой чувствительности по типу "чулок и перчаток", т.е. с точки зрения неврологов у больных возникают участки нечувствительности к боли с четкими границами, которые не соответствуют зонам иннервации определенных корешков или нервов.

**Парестезия.** Если гипестезии и гиперестезии можно квалифицировать как количественные расстройства чувствительности, то парестезии связаны с качественными изменениями (извращением) информации, поступающей с рецептора в корковый отдел анализатора. Наверное, каждый знает об ощущениях, возникающих от длительного сдавливания нерва неудобным положением – «руку отлежал», «ногу отсидел». При нарушениях проводимости по нерву появляются ощущения «ползания мурашек», стягивания кожи, покалывания, жжения (это своеобразные колебания модальности ощущения). Парестезии чаще являются признаком неврологического или сосудистого поражения.

Близки к парестезиям и сенестопатии, но они занимают промежуточное положение с висцеральными галлюцинациями, т.к. еще менее связаны с каким-либо реальным раздражением периферического отдела анализатора. Сенестопатии – неопределенные, часто мигрирующие, весьма неприятные и тягостные ощущения, которые проецируются внутрь тела (внутри телесного «Я»): сжимание и растягивание, перекатывание и дрожание, «отсасывание», «прилипание» и пр. Они никогда не имеют четкой локализации, и больные бывают не в состоянии даже правильно их описать. Сенестопатии встречаются при многих психических заболеваниях.

## Восприятие

**Восприятие** – психический процесс отражения предмета или явления в целом, в совокупности его свойств и частей, основанный на ощущениях, возникающих из них, но вместе с тем обладающих определенными особенностями, не сводимыми к отдельным ощущениям.

Если ощущение мономодальное, то восприятие полимодальное. Оно формируется на основе совместной деятельности ряда анализаторов, объединенных в функциональную систему. При этом какой-либо из анализаторов играет ведущую роль в формировании образа.

## Свойства восприятия

**1. Предметность и целостность** – свойство воспринимать целостный образ предмета. Восприятие предмета возможно лишь при условии выделения предмета из окружающей среды (фона, на котором он находится). При этом предмет и фон динамичны, особенно хорошо это видно в двойственных изображениях, содержание образа в которых меняется в зависимости от того, что принимается за фон (рис. 1).

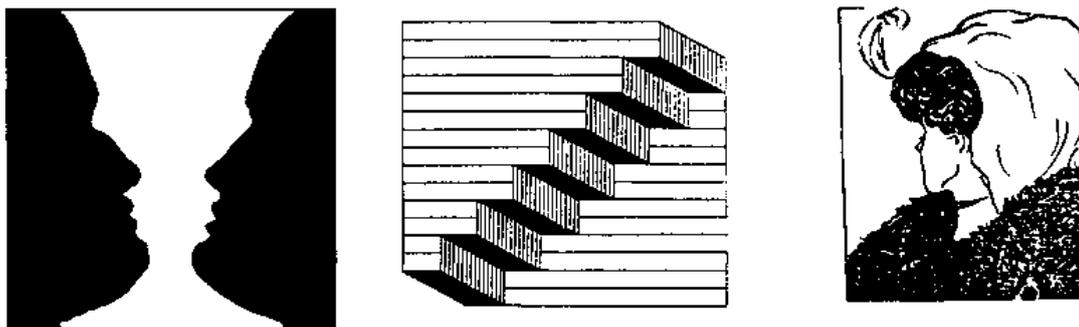


Рис. 1. Восприятие предмета в зависимости от фона

Фон обычно является неограниченным и неопределенным. Фигура ограничена, рельефна, она обладает предметностью. Способствуют выделению предмета из фона контрастность предмета и фона, необычность предмета. Например, на рентгенограмме легких круглая тень гораздо лучше выделяется на фоне нормального легочного рисунка, чем на фоне диссеминированного процесса. Как показали исследования Зинченко, Ярбуса и др., в процессе выделения предмета из фона совершаются микродвижения глаз, как бы «обводящие» его по контуру, что также способствует выделению предмета из фона.

**2. Константность** – обеспечение постоянства по форме, цвету, величине и другим параметрам воспринимаемых нами предметов. Восприятие сохраняет за определенными предметами их размеры в не зависимости от того, с какого расстояния и под каким углом мы на них смотрим.

**3. Избирательность** – наглядно выделяется в феномене выделения фигуры из фона. То, что находится на переднем плане и воспринимается как конкретное – является фигурой, то, что все остальное – фоном. Воспринимаемая реальность всегда разделяется на два слоя: на фигуру – целостный образ предмета и фон – образ окружающего предмет пространства. То, что было фигурой, может слиться с фоном, что-то из фона, может стать – фигурой восприятия.

**4. Осмысленность** – указывает на связь восприятия с мышлением, с пониманием сущности предметов. Образы воспринимаемых объектов всегда имеют определенные, смысловые значения и в этом проявляется не только тесная связь с мышлением, но и активность восприятия.

**5. Апперцепция восприятия** – указывает на связь восприятия с личностью, всем прошлым опытом человека с его «Я».

Влияние установки на восприятие человека проявляется также в феномене, продемонстрированном в огромном количестве экспериментов, когда одно и то же лицо воспринимается как злое и жестокое, если испытуемым заранее сказать, что человек, изображенный на фотографии – преступник; как доброе и мужественное, если заранее известно, что это человек гуманной профессии, совершивший мужественный поступок для спасения жизни людей.

Большое влияние на восприятие оказывает эмоциональное состояние человека. Известно, например, что в состоянии возбуждения время как бы ускоряет свой бег, в состоянии тоски и подавленности – замедляет. Больные в состоянии депрессии всегда пессимистичны и предчувствуют катастрофу, они склонны даже радостные события воспринимать в черных тонах.

Таким образом, восприятие – это активный процесс, на характер протекания которого влияет не только деятельность перцептивной системы, но и внутренние характеристики субъекта.

К сложным формам восприятия относятся **восприятие пространства, восприятие времени, восприятие движения.**

В восприятии времени различают восприятие временной длительности и восприятие временной последовательности. Непосредственное переживание времени обусловлено органическими ощущениями и связано с ритмическими процессами в организме: частотой пульса, дыхания и т.п. Оценка длительности временных отрезков зависит от содержания деятельности: временной отрезок, заполненный интересной, содержательной деятельностью, субъективно оценивается, как короткий, то есть недооценивается; пустые, не заполненные интересной деятельностью, оцениваются как более длинные, то есть переоцениваются. (Все знают, как бесконечно долго тянутся скучные уроки в школе). Восприятие времени зависит также от установки: при ожидании неприятных событий время летит быстро; но как томительно долго ползет время, если мы ждем какого-либо приятного события (встречи с любимым человеком, например). В воспоминании – наоборот: чем более заполненным является отрезок времени, тем более длительным он представляется в воспоминании.

Важнейшей характеристикой времени является его необратимость. Восприятие необратимой последовательности событий во времени предполагает установление связей между разными отрезками и событиями жизни

На основе ощущения и восприятия возникает более сложная форма чувственного отражения – *представление*.

**Представление** – вторичный чувственный образ предмета, который в данный момент не действует на органы чувств, но действовал в прошлом (Ломов). Представления приобретают особую роль с развитием систем дистанционного управления, когда оператор должен с большой степенью точности представить себе процессы, происходящие в управляемой системе.

Представления можно рассматривать как переходное звено между чувственным образом (ощущением, восприятием) и абстрактным мышлением. В зависимости от уровня бодрствования и характеристик деятельности представления, с одной стороны, включаются в память, воображение, мышление (его образные формы), с другой стороны, создают образы сновидения. Представления сопровождают человека на протяжении всей его жизни: образ знакомого человека возникает в нашем сознании и тогда, когда этого человека уже нет; образ родных мест живо встает перед нашим умственным взором. Общим для всех представлений является то, что предмета или явления уже нет, а отражение их продолжает развиваться. Течение представлений развертывается во «внутреннем пространстве, никогда не выносится наружу. Этим отличается представление от галлюцинаций, «когда внутренний образ «выводится наружу»».

### **Расстройства восприятия**

При некоторых патологических состояниях, особенно при психических и нервных заболеваниях, перцептивные процессы могут нарушаться. Однако существуют и такие отклонения восприятия, которые могут наблюдаться и у вполне здоровых людей (например, иллюзии). Расстройства восприятия условно можно подразделить на три основные группы: иллюзии, галлюцинации и расстройства сенсорного синтеза (психосенсорные расстройства).

**Иллюзии.** Иллюзией называют искаженное восприятие реально существующего предмета или явления. Иллюзии классифицируют по органам чувств – зрительные, слуховые, тактильные и другие. В зависимости от основных причин, лежащих в основе искажения восприятия, все иллюзии также можно подразделить на физические, физиологические и психические.

Физические иллюзии объясняются объективными физическими законами и не зависят от самого человека. Примером физической иллюзии, которая улавливается и фотоаппаратом, может служить восприятие ложки в стакане воды. Ложка кажется изломанной в силу разных преломляющих свет свойств воды и воздуха.

Физиологические иллюзии находят свое объяснение в особенностях устройства и деятельности наших органов чувств. Например, попробуйте надавить сбоку на глазное яблоко, и тотчас предмет, на который мы смотрим, раздвоится. Раздвоение предмета возникает в силу увеличения диспаратности его изображения на сетчатках глаз. Другой пример иллюзии этого типа мы находим у Аристотеля: скрестите два пальца и начните катать между ними небольшой шарик, и он покажется двойным. Когда предмет сначала соприкасается с указательным пальцем, а затем со средним пальцем, оба соприкосновения происходят в различных привычных для нас точках пространства. Прикосновение к указательному пальцу кажется выше, хотя палец на самом деле находится ниже; прикосновение к среднему – ниже, хотя палец в действительности выше. Много такого рода иллюзий имеется и со стороны вестибулярного аппарата – иллюзии кренов, противовращения и другие.

Психические иллюзии связаны как с различными психическими состояниями человека, так и с некоторыми психологическими особенностями нашего восприятия.

При заболеваниях психические иллюзии наблюдаются наиболее часто при состояниях расстроенного сознания, при возбуждении (экзальтация, экстаз) у маниакальных больных или состояниях страха и тревоги при депрессиях. Иллюзии у них почти не корректируются, и больной склонен считать эти ошибки восприятия реальностью. Вербальные иллюзии, когда больной вместо нейтральной речи слышит в свой адрес брань, угрозы и оскорбления, часто встречаются на ранних этапах становления слуховых вербальных (речевых) галлюцинаций при некоторых психозах. Они отличаются от так называемых функциональных слуховых галлюцинаций тем, что при иллюзиях патологически возникший образ поглощает образ реального предмета (больной «слышит вместо...»), при галлюцинациях – патологический образ с реальным не сливается («слышит вместе с...»).

У здоровых на фоне различных психических состояний (ожидание, тревога или страх) также часто возникают психические иллюзии. Например, при входе в комнату ребенок испугается фигуры у окна, но вслед за этим рассмеется, так как увидит, что его испугали пальто и шляпа, висевшие на вешалке. И если в каждом дереве, стоящем у дороги, мы видим человека, которого ждем, то речь тоже идет о психических иллюзиях.

Для того, чтобы процесс интерпретации сенсорной информации достиг уровня сознания, необходимы специальные приемы, и о некоторых из них уже говорилось ранее (упрощение изображения, принципы группировки, контрасты и другие). К иллюзиям часто приводит неоднозначность восприятия, возникающая в силу недостатка существенной информации или избытка несущественных сведений в изображении. Неоднозначность восприятия возникает и в случаях, если из одного и того же изображения можно извлечь несколько значимых образов. Например, в известной картине художника Сальвадора Дали «Невольничий рынок с исчезающим бюстом Вольтера» имеются альтернативные способы интерпретации изображенной сцены. В самом центре картины изображены две маленькие монахини, которые стоят рядом. Но при другой перцептивной организации картины лица монахинь превращаются в глаза Вольтера, а их соприкасающиеся фигуры – в нос и подбородок. До некоторой степени эти два способа организации зрительной информации несовместимы: трудно воспринимать оба изображения одновременно.

В эксперименте иллюзии используются для изучения различных аспектов организации свойств анализаторной системы. Зрительные иллюзии часто использовались с целью подачи на вход зрительной системы неоднозначной сенсорной информации для выявления тех ошибок, которые делает система и тем самым выявляет некоторые скрытые свои свойства. Описаны многочисленные факты и условия ошибок при восприятии – иллюзии «стрелы», железнодорожных путей, переоценки вертикальных линий, пересечений, концентрических окружностей, «невозможных фигур» и других.

Зрительные иллюзии обнаружены и у животных. В частности, именно на их основе формируются различные способы маскировки и мимикрии. Все эти явления убеждают, что существуют какие-то общие факторы, вызывающие возникновение иллюзий, и для многих из них до сих пор нет убедительного толкования.

**Галлюцинации.** Галлюцинации – это расстройства восприятия, когда человек вследствие нарушений психической деятельности видит, слышит, ощущает то, что в реальной действительности не существует. Это восприятие, которое, как говорят, не опирается на внешний объект, иначе – это «мнимое, ложное восприятие».

Мы можем наблюдать галлюцинации при психических заболеваниях, а также у здоровых людей в экспериментах с сенсорной изоляцией или при применении определенных препаратов (галлюциногенов); галлюцинации также можно внушить человеку, находящемуся в глубоком гипнотическом сне.

Галлюцинации обычно классифицируют по органам чувств: зрительные, слуховые, обонятельные и другие. Большое значение в психиатрической диагностике придается подразделению галлюцинаций на истинные и ложные (псевдогаллюцинации).

Истинные галлюцинации характеризуются чувственной ясностью, они развертываются в реальном пространстве того или иного анализатора и «больные не только думают, что они видят и слышат, но и на самом деле видят и слышат» (Э. Крепелин, 1909). Поведение больных обычно соответствует содержанию галлюцинаторных переживаний, и они убеждены, что и окружающие люди видят и слышат то же, что и они.

Псевдогаллюцинации отличаются от истинных галлюцинаций тем, что при них нет полной чувственно-телесной ясности образов, и это сближает их с представлениями. Больные говорят о видимом и слышимом, добавляя «как будто», хотя они при этом и настаивают на реальности своих галлюцинаций. Псевдогаллюцинаторный образ развертывается в представляемом, а точнее – интрапсихическом (субъективном) пространстве того или иного анализатора, поэтому больные могут сообщать о возможности «видеть» за линию горизонта или через непрозрачные преграды, а также сообщают о возникающих «внутри головы» звуках и человеческих голосах. Поскольку ложные галлюцинации осознаются как нечто субъективное и весьма отличное от реальных образов, поведение больных почти всегда диссоциировано с содержанием галлюцинаций. Псевдогаллюцинации свидетельствуют о более неблагоприятном течении психического заболевания, часто приобретают затяжной и хронический характер, сопровождаются нарушениями мышления.

Иногда из группы псевдогаллюцинаций отдельно выделяют экстракампинные галлюцинации, которые проецируются вне поля досягаемости соответствующего анализатора. При этом больные «видят» сзади себя, за стеной, «слышат» за многие сотни километров.

У здоровых людей на фоне утомления или истощения иногда при засыпании кратковременно возникают зрительные или слуховые галлюцинации, похожие на псевдогаллюцинации, которые называют гипнагогическими из-за близости их к сновидениям (гипнопомпические – то же самое, но отмечаются в момент пробуждения).

Зрительные и слуховые галлюцинации часто подразделяют на простые (фотопсии – восприятие вспышек света, звездочек, искр; акоазмы – восприятие звуков, шума, треска, свиста, плача) и сложные (вербальные – восприятие членораздельной речи).

При рефлекторных галлюцинациях воспринимаемый реальный образ тут же сопровождается появлением сходного с ним галлюцинаторного (больной слышит фразу – и тут же в голове начинает звучать похожая на нее фраза).

Апперцептивные галлюцинации (слуховые или зрительные) появляются после соответствующего волевого усилия больного, желающего их испытать.

Галлюцинации Шарля Бонне (зрительные, реже слуховые) наблюдаются при повреждении периферического отдела анализатора (у слепых, глухих), а также при сенсорной депривации или изоляции (в тюрьме, иноязычной среде) в поле пораженного или информационно ограниченного анализатора. Их следует отличать от гемианоптических галлюцинаций в поле гемианопсии при поражении коркового конца анализатора (опухоль, травма, сосудистое поражение).

Галлюцинации, которые возникают вследствие психической травматизации, называются психогенными. Они подразделяются на следующие разновидности:

- доминантные (слуховые и зрительные) с психологически понятным содержанием, отражающим психическую травму, и эмоционально насыщенные;
- эйдетические (чаще слуховые), которые склонны повторяться по типу клише (например, постоянное галлюцинаторное воспроизведение похоронной музыки и рыданий при похоронах);
- галлюцинации воображения Дюпре, где фабула вытекает из истерических мечтаний и фантазии;

– индуцированные галлюцинации возникают по типу взаимовнушения и самовнушения на фоне эмоционального напряжения;

– внушенные галлюцинации часто встречаются при алкогольном делирии во время «люцидного окна» (дневного прояснения сознания): симптом Рейхардта (внушенное чтение по чистому листу бумаги), симптом Ашаффенбурга (внушенный мнимый разговор по отключенному телефону), симптом Липмана (внушенные зрительные галлюцинации после десятисекундного надавливания на глазные яблоки) и др.

Расстройства сенсорного синтеза. Восприятие является сложным процессом интеграции, синтеза образа воспринимаемого объекта из сенсорных сигналов, поступающих через органы чувств от внешней среды и собственного тела. При некоторых состояниях и заболеваниях мы встречаемся с различными нарушениями процесса синтеза, интеграции сенсорной информации в ходе восприятия. Обычно к психосенсорным расстройствам относят две группы нарушений дереализацию и расстройства «схемы тела».

**Дереализация** – нарушение сенсорного синтеза информации, которая поступает из внешнего мира. Из ассоциации сенсорных сигналов, принимающих участие в формировании образа внешней действительности, что-то может «выпадать», изменяться, и в конечном итоге окружающий нас мир теряет свою чувственную реальность – искажается.

Человек может утратить восприятие глубины пространства, и тогда все окружающее видится ему в плоскостном, двухмерном изображении. Искажения восприятия могут касаться и определенных признаков предмета – формы (метаморфопсия), величины (увеличение – макропсия, уменьшение – микропсия) или других. При порропсиях нарушается оценка расстояния – человеку кажется, что предметы находятся дальше, чем они расположены в действительности; при дисмегалопсии расстройство восприятия касается удлинения, расширения, скошенности или перекрученности вокруг оси окружающих предметов.

Близкими к дереализации являются расстройства, когда обычная, знакомая обстановка воспринимается совершенно новой (феномен «никогда не виденного» – *jamais vu*), или, наоборот, новая обстановка (местность, улица, дом) воспринимается хорошо знакомой и известной (феномен «уже виденного» – *deja vu*). Особенно волнуют больных искажения времени – его замедление (брадихрония) или ускорение (тахихрония), а также утрата эмоциональных компонентов восприятия окружающего – «все застыло, остекленело», а «мир стал подобен декорации». У больных почти всегда сохраняется критическое отношение к этим нарушениям, они чужды личности и субъективно крайне неприятны.

Расстройства «схемы тела» характеризуются различными симптомами нарушений восприятия собственного тела, своеобразных ощущений увеличения или уменьшения веса, размеров всего тела или его частей (рук, ног, головы). К расстройствам схемы тела относятся также нарушения восприятия соотношения между частями тела: больные говорят о неправильном положении ушей, «перекрученности» тела. Указанные изменения больной ощущает только при закрытых глазах, так как под контролем зрения все неправильные представления о своем теле исчезают.

## Практическая часть

**Методика:** Определение ведущей сенсорной системы человека.

Для практической работы с людьми очень важно определение ведущей сенсорной системы человека, так как это указывает на предпочитаемый канал восприятия информации (зрительный, слуховой, кинестетический), что имеет большое значение при определении индивидуальных методов и средств подачи информации в процессе общения (в том числе терапевтического), обучения, совместной деятельности, в семейном взаимодействии и пр.

Для определения ведущей сенсорной системы предлагается методика «Ведущий орган чувств» (ВОЧ), предложенная польскими психологами, в переводе Ефремцевой. Методика приводится по книге: Кулешова Л.Н. Психология древних ощущений. – СПб., 1999.

**Оборудование.** Испытуемым предлагается стандартный бланк с вопросами.

**Инструкция испытуемым.** Внимательно прочитайте вопросы и в опроснике обведите кружком номера тех из них, с которыми Вы согласны.

1. Люблю наблюдать за облаками и звездами	13. Когда услышу старую мелодию, ко мне возвращается прошлое	25. После длительной езды на машине долго прихожу в себя	37. У меня неплохая стереоаппаратура
2. Часто напеваю себе потихоньку	14. Люблю читать во время еды	26. Тембр голоса много мне говорит о человеке	38. Когда слушаю музыку, отбиваю такт ногой
3. Не признаю моду, которая неудобна	15. Люблю поговорить по телефону	27. Придаю значение манере одеваться у других	39. На отдыхе люблю осматривать памятники архитектуры
4. Люблю ходить в сауну	16. У меня есть склонность к полноте	28. Люблю потягиваться, расправлять конечности, разминаться	40. Не выношу беспорядок
5. В автомашине цвет для меня имеет значение	17. Предпочитаю слушать рассказ, который кто-то читает, чем читать самому	29. Слишком твердая или слишком мягкая постель для меня мука	41. Не люблю синтетических тканей
6. Узнаю по шагам, кто вошел в помещение	18. После плохого дня мой организм в напряжении	30. Мне не легко найти удобную обувь	42. Считаю, что атмосфера в помещении зависит от освещения
7. Меня развлекает подражание диалектам	19. Охотно и много фотографирую	31. Люблю смотреть теле- и видеофильмы	43. Часто хожу на концерты
8. Внешнему виду придаю серьезное значение	20. Долго помню, что мне сказали приятели или знакомые	32. Узнаю, когда-либо виденные лица даже через годы	44. Само пожатие руки много мне говорит о данной личности
9. Мне нравится принимать массаж	21. Легко отдать деньги за цветы, потому что они украшают жизнь	33. Люблю ходить под дождем, когда капли стучат по зонтику	45. Охотно посещаю галереи и выставки
10. Когда есть свободное время, люблю наблюдать за людьми	22. Вечером люблю принять горячую ванну	34. Люблю слушать, когда говорят	46. Серьезная дискуссия – это интересно
11. Плохо себя чувствую, когда не наслаждаюсь движением	23. Стараюсь записывать свои личные дела	35. Люблю заниматься подвижным спортом или выполнять какие-либо двигательные упражнения, иногда и потанцевать	47. Через прикосновение можно сказать значительно больше, чем словами
12. Видя одежду в витрине, знаю, что мне будет в ней хорошо	24. Часто разговариваю с собой	36. Когда близко тикает будильник, не могу уснуть	48. В шуме не могу сосредоточиться

**Обработка и интерпретация данных.** Подсчитайте результаты, начисляя по 1 баллу за совпадение с ключом в каждом из разделов.

Ключ для обработки результатов.

Визуальный	Аудиальный	Кинестетический
1,5,8,10,12,14,19,21,23,27,31,32,39,40,42,45	2,6,7,13,15,17,20,24,26,33,34,36,37,43,46,48	3,4,9,11,16,18,22,25,28,29,30,35,38,41,44,47

Раздел, в котором испытуемый набрал наибольшее количество баллов, определяет ведущую сенсорную систему.

### Тестовое задание

1. Непосредственное воздействие предмета или явления на рецепторы – обязательная черта таких познавательных процессов, как:

- 1) ощущение
- 2) восприятие
- 3) мышление
- 4) воображение
- 5) внимание

2. Интегральный результат непосредственного воздействия на человека каких-либо раздражителей (цветовых, звуковых, химических и т.д.) называется:

- 1) восприятием;
- 2) перцепцией;
- 3) ощущением

3. Отражение отдельных свойств предметов и явлений окружающего мира, это:

- 1) восприятие;
- 2) эмоция;
- 3) ощущение;
- 4) внимание.

4. Основными свойствами ощущений являются указанные, кроме:

- 1) модальности;
- 2) константности;
- 3) интенсивности;
- 4) длительности.

5. Минимальная разница между стимулами, вызывающая различие в ощущениях, это:

- 1) абсолютный нижний порог ощущений;
- 2) дифференциальный порог;
- 3) абсолютный верхний порог;
- 4) пространственный порог.

6. Изменение чувствительности органов чувств под влиянием действующего раздражителя, это:

- 1) сенсбилизация;
- 2) адаптация;
- 3) синестезия;
- 4) апперцепция.

7. К свойствам восприятия относятся указанные, кроме:

- 1) целостности;
- 2) структурности;
- 3) реминисценции;
- 4) апперцепции.

8. Неправильное искаженное восприятие предмета или явления, действующего в данный момент на органы чувств, это:

- 1) галлюцинация;
- 2) иллюзия;
- 3) реминисценция;
- 4) адаптация

9. Когда человек носит жесткие контактные линзы, они ему очень мешают, но со временем он перестает их замечать. Что является причиной этого?

- 1) адаптация;
- 2) сенсбилизация;
- 3) реминисценция;
- 4) иллюзия.

10. Минимальная величина раздражителя, вызывающего едва заметное ощущение, называется:

- 1) абсолютным верхним порогом ощущений
- 2) абсолютно нижним порогом ощущений (порогом чувствительности)
- 3) болевым порогом
- 4) дифференциальным порогом ощущений
- 5) оперативным порогом ощущений

11. Ощущения, связанные с сигналами, возникающими вследствие раздражения рецепторов, находящихся в мышцах, сухожилиях, суставах, называются:

- 1) экстерорецептивные
- 2) интерорецептивные
- 3) проприорецептивные
- 4) эндоцептивными

12. Расстройства различных видов ощущений называются:

- 1) агнозиями
- 2) галлюцинациями
- 3) сенсорными расстройствами
- 4) иллюзиями

13. Ощущения, имеющие рецепторы, расположенные во внутренних органах и отражающие состояние внутренней среды организма, называются:

- 1) интерорецептивные
- 2) проприорецептивные
- 3) контактные
- 4) дистантные

14. Ощущения, отражающие свойства предметов и явлений внешней среды и имеющие рецепторы на поверхности тела, называются:

- 1) интерорецептивные
- 2) контактные
- 3) дистантные
- 4) проприорецептивные

15. Восстановите последовательность.

Формирование ощущений:

- 1) раздражитель
- 2) органы чувств
- 3) нервные проводящие пути
- 4) соответствующий центр головного мозга
- 5) ощущение

16. Ощущения, рецепторы которых находятся в связках, суставах, и дают информацию о движении и положении тела в пространстве, называется:
- 1) экстерорецептивные
  - 2) интерорецептивные
  - 3) проприорецептивные
  - 4) контактные
17. Пониженная чувствительность к реальным раздражителям и повышенный нижний абсолютный порог, это:
- 1) гиперестезия
  - 2) гипестезия
  - 3) анестезия
  - 4) парестезия
18. Повышенный нижний абсолютный порог ощущений ведет к:
- 1) повышению чувствительности
  - 2) полной потери чувствительности
  - 3) понижению чувствительности
  - 4) качественным изменениям чувствительности
19. Явление, при котором анализатор полностью не способен отвечать на раздражение, называется:
- 1) гиперестезия
  - 2) гипестезия
  - 3) анестезия
  - 4) парестезия
20. Качественные изменения (извращения) информации, поступающие с рецептора в кору головного мозга, это:
- 1) гиперестезия
  - 2) гипестезия
  - 3) галлюцинации
  - 4) парестезия
21. Психический процесс отражения предмета или явления в целом, в совокупности его свойств и частей, называется:
- 1) эмоции
  - 2) ощущение
  - 3) восприятие
  - 4) мышление
22. Психический процесс отражения единичных свойств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на органы чувств, это:
- 1) ощущение
  - 2) восприятие
  - 3) мышление
  - 4) установка
23. Феномен выделения «фигуры из фона» характеризует какое свойство внимания?
- 1) целостности
  - 2) избирательности
  - 3) константности
  - 4) осмысленности
24. Ситуация: пациент рассматривает картинку с изображением очков и рассуждает: «Что же это? ...кружочек и еще кружочек...и перекладина, наверное, это – велосипед». Что нарушено в восприятии данного пациента?
- 1) целостность восприятия
  - 2) избирательность восприятия
  - 3) константность восприятия
  - 4) апперцепция

25. Свойство восприятия, которое обеспечивает относительное постоянство по форме, цвету, величине и др. параметрам воспринимаемых нами предметов, это:

- 1) апперцепция
- 2) константность
- 3) предметность
- 4) осмысленность

26. Связь восприятия с личностью, его прошлым опытом, называется

- 1) константность
- 2) чувствительность
- 3) апперцепция
- 4) осмысленность

27. Искаженное восприятие реально существующего предмета или явления, называется

- 1) галлюцинации
- 2) дереализация
- 3) иллюзии
- 4) бред

28. Расстройства восприятия, когда человек видит, слышит, ощущает то, чего в реальной действительности не существует:

- 1) галлюцинации
- 2) дереализация
- 3) иллюзии
- 4) бред

29. Нарушение сенсорного синтеза информации, которая поступает из внешнего мира и приводит к искажению восприятия, называется:

- 1) галлюцинации
- 2) дереализация
- 3) иллюзии
- 4) бред

30. Предпочитаемый канал восприятия информации (зрительный, слуховой, кинестетический), имеющий большое значение при определении индивидуальных методов и средств подачи информации в процессе общения, обучения, совместной деятельности и пр., называется:

- 1) апперцепция восприятия
- 2) диапазон чувствительности
- 3) рациональная форма познания
- 4) ведущая сенсорная система

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
<b>1</b>	1,2	<b>9</b>	1	<b>17</b>	2	<b>25</b>	2
<b>2</b>	1	<b>10</b>	2	<b>18</b>	3	<b>26</b>	3
<b>3</b>	3	<b>11</b>	3	<b>19</b>	3	<b>27</b>	3
<b>4</b>	2	<b>12</b>	3	<b>20</b>	4	<b>28</b>	1
<b>5</b>	2	<b>13</b>	1	<b>21</b>	3	<b>29</b>	2
<b>6</b>	2	<b>14</b>	2,3	<b>22</b>	1	<b>30</b>	4
<b>7</b>	3	<b>15</b>	1, 2, 3, 5, 4	<b>23</b>	2		
<b>8</b>	2	<b>16</b>	3	<b>24</b>	1		

## Тема занятия №3. Внимание и память

---

**Место проведения:** аудитория

**Продолжительность:** 2 часа.

**Цели занятия:**

1. Дать определение внимания и памяти.
2. Изучить основные типы памяти и виды внимания, также вопросы, касающиеся нарушений внимания и памяти.
3. Ознакомить с методиками, касающихся оценки памяти и внимания.
4. Изучить основные психические процессы памяти, основания для классификации типов и видов памяти, основные характеристики нарушений процессов памяти, классические методы изучения памяти.
5. Изучить основные характеристики психического процесса внимания, классификацию внимания по его формам и уровням, основные группы количественных и качественных нарушений внимания, методы для изучения внимания.

**Студент должен знать:**

1. Определение памяти и определение внимания.
2. Типы памяти и виды внимания.
3. Свойства внимания и памяти.
4. Нарушение внимания и памяти.
5. Методы исследования памяти и внимания.

**Студент должен уметь:**

1. Владеть определенным минимумом информации, о психических процессах памяти и внимания.
2. Знать возможные нарушения внимания и памяти и их значение для оценки состояния пациента и его взаимоотношений с медицинским персоналом.
3. Знать методы психодиагностики внимания и памяти.

**Темы проектов, рефератов:**

1. Основные мнемонические процессы (представления, законы ассоциаций).
2. Основные теории памяти: психологические теории памяти, нейронные и физико-химические теории памяти, биохимические теории.
3. Модально-неспецифические и модально-специфические нарушения памяти.
4. Дополнительные методы исследования памяти.
5. Нейрофизиологические механизмы внимания
6. Развитие внимания у детей.
7. Модально-неспецифические и модально-специфические нарушения внимания.
8. Дополнительные методы исследования внимания.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

1. Клиническая психология / Под ред. П.И. Сидорова, А.В. Парнякова. – ГЭОТАР-Медиа, 2008.
2. Клиническая психология/Под ред.Б. Д. Карвасарского. Питер, 2002.
3. Основы психологии. Практикум, Столяренко Л. Д. – Ростов/на Д., 2006.
4. Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. – М.: ГОУ ВУНМЦ РФ, 2002.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕД-пресс, 1998.

### **Дополнительная литература:**

1. Психосоматическая медицина, Ф. Александер. – М., 2000.
2. Введение в психологию здоровья, Ананьев В. А. – СПб., 1998.
3. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов.
4. Блейхер В.М., Крук И. В., Боков С. Н. – Ростов/на Д., 1996.
5. Психология в медицине, Абрамова Г. С., Юдчиц Ю. А. – М.: Кафедра - М., 1998.
6. Введение в медицинскую психологию. Лебединский М. С., Мясичев В. Н. – Л., 1996.
7. Основы клинической и консультативной психологии. Тодд Дж., Богард А. К. – СПб.: Сова; М.: Эксмо-Пресс, 2001.
8. Психологическое тестирование. Анастаси А. Пер. с англ. – М., 1982.
9. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учеб. пособие. Крылов А. А., Маничев С. А. – СПб.: Питер, 2000.
10. Основы общей психологии. Рубинштейн С.Л. – СПб., 1998.
11. Медицинская психология. Карвасарский Б.Д. – Л., 1982.

### **Исходный контроль уровня знаний:**

1. Что изучает наука психология?
2. Что является предметом и объектом психологии?
3. Какие познавательные процессы вам знакомы?
4. Каково значение памяти и внимания в жизни человека?

### **Основные вопросы темы:**

1. Определение памяти.
2. Типы памяти.
3. Свойства памяти.
4. Виды памяти.
5. Нарушение памяти.
6. Методы исследования памяти.
7. Определение внимания.
8. Виды внимания.
9. Свойства внимания.
10. Нарушения внимания.
11. Методы исследования внимания.

### **Итоговый контроль уровня знаний:**

1. Дайте развернутое определение памяти, какое значение память имеет в жизни человека?
2. Какие имеются основания для классификации типов и видов памяти?
3. В чем заключается взаимосвязь и взаимодействие кратковременной и долговременной памяти?
4. Как влияет смысловая организация материала на запоминание?
5. Какие виды амнезии могут возникать после травмы головы с потерей сознания у человека?
6. Каким образом объясняется возникновение у человека парамнезий?
7. Сформулируйте определение внимания. Перечислите его основные функции.
8. Каким образом классифицируют внимание по его формам и уровням?
9. Какими параметрами описываются качественные характеристики (свойства) внимания?
10. Чем отличается вторичное произвольное внимание от слепопроизвольного внимания?
11. Какими медицинскими терминами описываются основные группы количественных и качественных нарушений внимания?

12. Чем отличается истощаемость внимания от рассеянности и сужения объема внимания?

13. Какие особенности внимания изучаются методикой поиска скрытых слов в буквенном тесте немецкого психолога Мюнстерберга?

## Содержательная часть

### Определение памяти

**Память** – это психический процесс отражения, заключающийся в запечатлении и сохранении с последующим воспроизведением и узнаванием следов прошлого опыта, делающими возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания.

**Запоминание** – (запечатление) определяется как процесс, обеспечивающий ввод информации и удержание запечатленного материала в памяти. Запоминание всегда избирательно: в памяти сохраняется далеко не все, что воздействует на наши органы чувств. Даже при произвольном запоминании (*произвольная память*), когда мы не ставим себе определенной цели запоминания, лучше запоминаются предметы и явления, вызывающие интерес и затрагивающие эмоции. Произвольное запоминание более сильно развито в детстве, а у взрослых ослабевает. Произвольное запоминание (*произвольная память*) всегда имеет целенаправленный характер, и если при этом используются специальные приемы для лучшего усвоения материала (мнемотехника), то запоминание называют заучиванием.

У некоторых людей отчетливо выступает зависимость качества и прочности запоминания от того, какие анализаторы в большей мере участвовали в восприятии соответствующих объектов. Характер памяти и представлений может основываться главным образом на впечатлениях зрения (оптический, *визуальный* тип памяти), слуха (акустический, *аудиальный* тип памяти) или движения (моторный, *кинестетический* тип памяти).

**Сохранение** (ретенция) – психический процесс памяти, обеспечивающий удержание информации в течении более или менее длительного времени. Сохранение осуществляется механизмами кратковременной, долговременной и оперативной памяти. Оно тесно связано с забыванием. По сути это две стороны единого процесса: при неполном сохранении говорят о частичном забывании и наоборот. Установлено, что сохранение может быть динамическим и статическим. Динамическое сохранение проявляется в оперативной памяти, а статическое – в долговременной. Сохранение заученного в памяти зависит от многих факторов: глубины понимания материала, установки личности, от последующего применения усвоенных знаний, от повторений, от настроения человека и эмоциональной значимости материала.

**Забывание** – процесс памяти, противоположный сохранению. Заключается в невозможности воспроизведения ранее закрепленного в памяти. Забывание, подобно сохранению и запоминанию, также имеет избирательный характер. Физиологическая основа забывания – торможение временных нервных связей. Забывается прежде всего то, что не имеет для человека жизненного значения, не вызывает интереса. Избирательность забывания проявляется и в том, что детали забываются скорее, а дольше обычно сохраняются в памяти общие положения и выводы. Более быстрому забыванию подвергается материал, который заучивался механически, без достаточного понимания.

**Воспроизведение** (вспоминание, репродукция, экфорирование) – психический процесс извлечения из запасов памяти в осознаваемое поле необходимого материала. Воспроизведение тесно связано с узнаванием ранее усвоенного и бывает произвольным и произвольным.

При произвольном воспроизведении человек не имеет намерения вспомнить ранее воспринятые события, они всплывают сами собой. При этом одна из случайно оживленных ассоциаций как бы тянет за собой сеть сопряженных с ней других связей.

Произвольное воспроизведение – это уже целенаправленный процесс восстановления в сознании прошлых мыслей, чувств, действий.

**Узнавание** – специфический процесс памяти, который проявляется при повторном восприятии объекта или при его вспоминании. Этот процесс связан с объединением объекта или при его вспоминании. Этот процесс связан с объединением по тем или иным признакам непосредственного воспринимаемого с воспринятым ранее. Большую роль при этом играет точность выделения специфического в объекте. В узнавании следует выделять чувство знакомости; воспринятым и отнесение этого образа к определенному месту, времени, ситуации. В ряде случаев, увидев что-то, человек не может сразу установить идентичность с виденным ранее, и для этого требуются сознательные волевые усилия. При хорошем знакомстве с предметом или явлением процесс идентификации проходит как автоматически, без выделения сознанием моментов самого воспоминания или припоминания.

## Типы памяти

**Сенсорная (мгновенная) память** осуществляет сохранение информации на уровне рецепторов. Она обладает очень коротким временем хранения «отпечатка» (0,3-1,0 сек) воздействующего объекта. Некоторые ее формы получили специальные названия: иконическая (зрительная) и эхоическая (слуховая) сенсорная память. Если информация из рецепторного хранилища не переводится в другую форму хранения, то она необратимо теряется.

У некоторых людей полное сохранение зрительной картины в иконической памяти ограничивается не долями секунды, а гораздо дольше – до 10 мин. Эти особенности во многом объясняют явления эйдетизма у некоторых людей. При этом обладают способностью «видеть» картину или предмет, который находился перед их глазами, но уже не экспонируется. Эта инерционность информационных входов, продлевающая для нас воздействие сигналов, обеспечивает непрерывность восприятия и для обычных людей (при моргании, движении глаз или просмотре кинофильмов). Эйдетические способности более выражены в детстве и снижаются у взрослых.

**Кратковременная память** характеризуется очень кратким (около 20 сек.) сохранением после однократного непродолжительного восприятия и немедленным воспроизведением. Этот вид памяти называется также первичным.

**Вторичная, долговременная память** – длительное сохранение информации (начинается от 20 сек и простираясь на часы, месяцы, годы) после многократного повторения и воспроизведения.

Различают также **оперативную память** – это мнемические процессы, обслуживающие деятельность человека. Она представляет синтез долговременной и кратковременной памяти. Например, в процессе профессиональной деятельности человек оперирует наличной информацией текущего момента, находящейся в кратковременной памяти, и извлекает из долговременной памяти информацию, содержащую профессиональные знания, опыт. Так, врач, обследуя больного, сопоставляет симптомы его болезни с похожими случаями из своей практики, с тем, что он читал и знает об этих симптомах.

**Буферная (промежуточная) память** обеспечивает сохранение информации в течение нескольких часов, является промежуточным звеном на пути перевода информации из кратковременной памяти в долговременную. Считается, что во время ночного сна происходит переработка накопленного за день и очистка буферной памяти для приема новой информации. Известно, что сон менее трех часов в сутки или полное лишение сна вызывает отчетливые нарушения в поведении человека – понижается уровень бдительности, внимания и резко ухудшается память. Предполагается, что в период сна информация малыми порциями (в соответствии с ограниченным объемом кратковременной памяти) поступает из буферной памяти в кратковременную, которая отклю-

чается для этого от внешней среды (Hartmann E., 1967). С этой точки зрения методы обучения во сне с помощью магнитофона могут приводить к накоплению усталости, повышенной раздражительности, ухудшению кратковременной памяти, так как буферное хранилище за период сна не освобождается.

Выделяют еще так называемую **«вечную»**, или **третичную память**. Под ней понимают способность воспроизводить когда-то запечатленную информацию на протяжении всей жизни.

### **Свойства памяти**

**Объем памяти** – количество информации, которое человек способен запомнить за определенное время. Объем кратковременной памяти человека в среднем составляет 7 + 2 блока информации. Объем блока может быть различным, например, человек может запомнить и повторить 5-9 цифр, 6-7 бессмысленных слогов, 5-9 слов.

**Скорость** – время, в течение которого человек способен запомнить определенный объем информации.

**Прочность** – длительность сохранения информации.

**Точность** – правильность и полнота воспроизведения информации.

**Готовность** – умение своевременно вспомнить требуемое.

### **Виды памяти**

Различают два основных вида памяти: **генетическую** (наследственную) и **прижизненную**. Наследственная память сохраняет информацию, которая не только определяет анатомическое и физиологическое построение организма в процессе развития, но и врожденные формы видового поведения (инстинкты).

Информация, хранящаяся в закодированном виде в молекулах дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), защищена достаточно надежно от повреждения специальными механизмами и менее зависит от условий жизнедеятельности организма по сравнению с прижизненной памятью.

Прижизненная память – это хранилище информации, полученной с момента рождения до смерти. Выделяют следующие ее виды: импринтинг (запечатление) а также двигательную, эмоциональную, образную и символическую память.

Импринтинг – вид памяти, наблюдаемый только в ранний период развития сразу после рождения. Импринтинг заключается в одномоментном установлении очень устойчивой специфической связи человека или животного с конкретным объектом внешней среды. Эта связь сохраняется длительное время, что рассматривается как пример научения и долговременного запоминания с одного предъявления.

Считается, что у человека импринтинг наблюдается до 6-месячного возраста (Чугаева А.Г., 1973), однако есть основания полагать, что этот период у ребенка намного продолжительнее. Обобщив ряд исследований, английский психоаналитик Джон Боулби (Bowlby J., 1961, 1988) полагает, что искусственное отчуждение детей от матери как от человека теплого, ласкового внимательного опасно по крайней мере до трех лет. Трех месяцев «лишения любви» (эмоциональная депривация) в этом временном интервале достаточно, психике ребенка произошли изменения, которые в будущем уже нельзя полностью устранить. Боулби считает, что любая депривация (состояние недостаточного удовлетворения какой-либо важной психологической потребности) в раннем детстве затрагивает, прежде всего этическое развитие личности и формирование в ребенке нормального чувства тревоги, что приводит к аномалиям социального поведения, усилению агрессивности, по мнению Боулби, взаимоотношения младенца и матери с биологической точки зрения, следует рассматривать как систему привязанностей, включающую как эмоциональные, так и поведенческие реакции. Он рассматривал сис-

тему привязанностей как врожденную инстинктивную или мотивационную систему (подобно голоду или жажде), которая организует процессы памяти младенца и вынуждает его искать близости и общения с матерью. С эволюционной точки зрения система привязанностей явно повышает шансы младенца на выживание, позволяя незрелому мозгу использовать зрелые функции родителей с целью организации собственных жизненных процессов. Следует отметить, что первые 2–3 года жизни, когда так важны взаимоотношения с матерью, ребенок оперирует в основном процедурной памятью. Как у людей, так и у экспериментальных животных декларативная память появляется гораздо позже. Так, младенческая амнезия, приводящая к тому, что мы сохраняем лишь немногие детские воспоминания, наблюдается не только у людей, но и у других млекопитающих.

**Двигательная память** – это память на движения. Она составляет основу овладения двигательными действиями в любом виде деятельности человека. Достигая полного развития раньше иных форм, двигательная память у некоторых людей остается ведущей на всю жизнь. Особенно большое значение она имеет у артистов балета, а также в технически сложных видах спорта. При разучивании упражнений замечено, что легче запоминается направление и амплитуда движений и значительно труднее – интенсивность.

**Эмоциональная память** – это память на чувства. Она определяет воспроизведение определенного чувственного состояния при повторном воздействии той ситуации, в которой данное эмоциональное состояние возникло. Чувственная память имеется уже у 6-месячного ребенка и достигает своего полного развития к 3–5 годам. Механизмы эмоциональной памяти лежат в основе первичного чувства узнавания (знакомое, чужое), симпатий и антипатий, осторожности. Эмоциональная память отличается также тем, что почти никогда не сопровождается отношением к ожившему чувству как к воспоминанию ранее пережитого чувства. Произвольное воспроизведение чувств в этом аспекте почти невозможно. Например, человек, напуганный в раннем детстве собакой, может и не осознавать причин своего страха при каждой встрече с собакой на улице.

**Образная память** – это память на образный материал. Различают следующие подвиды: зрительная, слуховая, осязательная, обонятельная и вкусовая. Наиболее отчетливо у всех людей проявляется зрительная и слуховая память, а развитие других подвидов связано с различиями профессиональной деятельности (например, вкусовая память у дегустаторов). Образная память обычно ярче у детей и подростков. У взрослых людей ведущая память, как правило, не образная, а логическая. Можно тренировать образную память, если воспроизводить мысленно в расслабленном состоянии с закрытыми глазами перед сном различные заданные картины.

**Символическая память** – это память на абстрактный, отвлеченно-символический материал. Она подразделяется на словесную и логическую память. Словесная память формируется в онтогенезе вслед за образной памятью и достигает его полного развития к 10-13 годам. В отличие от образной памяти, она характеризуется большей точностью воспроизведения. Особенности логической памяти проявляются в запоминании только смысла текста, т.е. происходит переработка текста в обобщенных понятиях. Логическая память самым тесным образом связана с мышлением человека.

## Нарушение памяти

Нарушения памяти подразделяются на *количественные* (гипермнезия, гипомнезия) и *качественные* (парамнезия).

**Гипермнезия** – одностороннее усиление некоторых мнемонических процессов, которое встречается обычно в качестве временного явления при лихорадочных состояниях, а также на фоне патологически повышенного настроения.

**Гипомнезия** – ослабление памяти вплоть до полной утраты мнемонических функций (амнезия). Типично, что первоначально обычно страдают процессы запоминания теку-

щего, нового материала – фиксационная амнезия. Далее, при прогрессировании амнезии происходит информационное опустошение в порядке, обратном формированию памяти в онтогенезе – закон «обратного хода памяти» Рибо.

**Парамнезия** – извращение памяти, когда информационные пробелы заполняются ложными воспоминаниями типа псевдореминисценций и конфабуляций. В других случаях обманы памяти возникают при воспроизведении событий прошлого без их узнавания – криптомнезии.

При локальных поражениях мозга могут возникать *модально-неспецифические* и *модально-специфические* нарушения памяти. Модально-неспецифические расстройства памяти касаются нарушений запечатления информации любой модальности и возникают при поражении срединных неспецифических структур мозга. При модально-специфических расстройствах памяти, которые возникают при различных локальных поражениях корковых отделов анализаторных систем, нарушается запечатление информации, касающейся поступления ее через зрительные, слуховые или иные сенсорные входы.

### **Методы исследования памяти**

Среди методик исследования памяти в клинической практике широко используют две группы: изучение непосредственной памяти (методика запоминания 10 слов, тест зрительной ретенции Бентона) и опосредованного запоминания (методика пиктограммы). Комплексный тест памяти Векслера, в котором конечный результат выражается в стандартных единицах интеллекта, включает семь самостоятельных субтестов для специального исследования отдельных мнестических функций.

### **Внимание**

**Внимание** – это психический процесс, который обеспечивает направленность и сосредоточенность психики на определенных предметах и явлениях внешнего мира, образах, мыслях и чувствах самого человека. Таким образом, внимание рассматривается как психический процесс, не являющийся самостоятельной формой отражения, а как организующий другие формы отражения (ощущение, восприятие, память, мышление, воображение, эмоции), в результате которого что-то сажается в сознании более отчетливо, а другое – менее отчетливо. Внешне внимание выражается в специфической позе, особой мимике, в движениях. Поза обычно характеризуется торможением движений, Направленностью органов чувств на объект, а при сосредоточенности на своих мыслях происходит разведение осей глаз -«отсутствующий взор». Основная функция внимания состоит в отборе значимых для человека воздействий и игнорировании (торможении) несущественных, побочных воздействий. Другая важная функция внимания – это удержание, сохранение в сознании определенного предметного содержания до тех пор, пока не будет достигнута цель. Третья существенная функция внимания – регуляция и контроль протекания деятельности. С явлениями внимания связаны и такие сложные процессы как ожидание, установка, апперцепция и др.

### **Виды внимания**

**Непроизвольное внимание** представляет собой реакцию на раздражитель, оно не обусловлено волевым актом человека. *Первичное непроизвольное внимание* врожденное и является естественным проявлением безусловного ориентировочного рефлекса. В проявлении такого внимания играет роль сила раздражителя и его неожиданность (громкие звуки, яркий свет, резкий запах). *Вторичное непроизвольное внимание* также

не требует волевого усилия внимание здесь привлекается не яркостью или необычностью предмета, а определенным его содержанием, которое отвечает направленности, интересам человека, т.е. постоянному ожиданию чего-либо.

**Произвольное внимание**, так же как и вторичное непроизвольное внимание является социально опосредованным типом внимания, но оно тесно связано с волей человека, сознательно поставленной целью. В данном случае предполагается использование специальных приемов сосредоточения, организации своего восприятия или мыслей. Произвольное внимание у взрослого человека направляется прежде всего речевыми стимулами, т.е. оно тесно связано речевой системой.

**Послепроизвольное внимание** возникает вслед за произвольным. Это значит, что человек сначала сосредоточивает сознание на каком-то предмете или деятельности (иногда даже с помощью немалых волевых усилий), а затем процесс вызывает нарастающий интерес, и внимание продолжает удерживаться уже без всякого волевого усилия. Таким образом, послепроизвольное внимание, появляясь вслед за произвольным, не может быть сведено к нему. Он является и вариантом непроизвольного внимания, так как связано с сознательно поставленной целью.

### Свойства внимания

Внимание характеризуется различными качественными проявлениями свойствами. Основными из них являются объем, концентрация, устойчивая переключаемость, распределяемость и отвлекаемость.

**Объем внимания** характеризуется количеством идей, объектов и видов деятельности, которые одновременно может удерживать и контролировать человек. Иными словами, объем внимания связан с числом одновременно отражаемых в сознании объектов. Установлено, что при восприятии множества простых объектов (букв, цифр, фигурок и пр.) в интервале времени 0,07-0,1 с объем внимания у взрослого человека равен 5–7, в среднем 7 элементов с кратковременным запоминанием). У младших школьников он весьма ограничен и с возрастом увеличивается. Увеличить объем внимания можно и с помощью специальных упражнений.

**Концентрация внимания** выражается в степени интенсивности (сосредоточенности) внимания на одном объекте или ограниченном круге своих представлений, переживаний, мыслей. Поглощенность объектами сосредоточения делает человека высокопомехоустойчивым. Лишь с трудом его можно отвлечь от мыслей или дел, в которые он погружен, он не замечает шума и других отвлекающих раздражителей.

**Устойчивость внимания** определяется длительностью сохранения концентрированного внимания. Она измеряется временем сосредоточения при условии сохранения отчетливости отражения в сознании объекта внимания. Устойчивость внимания зависит от целого ряда причин – значимости дела, интереса к нему, навыков и т.п.

**Переключаемость внимания** характеризуется быстротой произвольного перехода внимания на новый объект или от одного действия к другому при сохранении высокой степени концентрации на нем. Имеются значительные индивидуальные различия в переключении внимания. Эффективность переключения зависит от особенностей объектов внимания значимости работы или интереса к ней, а также от индивидуально-типологических особенностей подвижности нервных процессов. Слишком частое переключение (впрочем, как и однообразная, требующая длительного сосредоточения внимания работа) может приводить к быстрому утомлению. Возможно повышение показателей переключения путем специальных упражнений.

**Распределяемость внимания** определяется возможностью выполнения двух и более действий одновременно с рассосредоточением внимания между ними. Уровень распределения внимания зависит от ряда условий: от однородности или разнородности

совмещаемых видов деятельности, их сложности, степени их привычности. Труднее совмещать два вида умственной деятельности и более эффективное распределение внимания при одновременном выполнении моторной и умственной деятельности.

**Отвлекаемость внимания** связана с произвольными колебаниями его уровня. Произвольные флюктуации внимания особенно хорошо заметны при сосредоточении на раздражителях пороговой силы. Так, прислушиваясь к очень слабому, едва слышному тиканью механических часов мы то слышим звук более отчетливо, то менее отчетливо. Колебания – легко прослеживаются и при восприятии конкурирующих (двойственных) изображений. Такие произвольные флюктуации внимания восприятию простых объектов длятся не более 2-3 с (максимум -12 с) Их рассматривают как колебательный процесс, связанный с самонастройкой сенсорных систем, обеспечивающих регулирование их «пропускной способности».

## Нарушение внимания

Временные нарушения внимания типичны при утомлении или влиянии сильных эмоций. Достаточно устойчивое сохранение отклоняющегося от нормы определенного соотношения основных характеристик внимания, приводящее к невнимательности, может быть как личностно-возрастной особенностью человека, так и следствием различных заболеваний.

Повышенная произвольная переключаемость внимания с низкими возможностями концентрации свойственна детям дошкольного возраста, но может возникать и у взрослых на фоне астении при различных заболеваниях или при переутомлении.

Повышенная концентрация на своих мыслях с трудностями переключения на другие виды деятельности свойственна некоторым лицам умственного труда, но подобные свойства внимания встречаются и у больных с навязчивыми и сверхценными идеями.

Слабость концентрации внимания, сочетающаяся с трудностями переключения, типична, например, для хронического кислородного голодания мозга при церебральном атеросклерозе у пожилых людей, но может также возникать и у здоровых лиц при утомлении.

Все разнообразие ослабления внимания в патологии объединяют термином **«гипопроекция»**, Напротив, при **гиперпроекции** внимание крайне усиливается: происходит своеобразное «прилипание» внимания к определенным мыслям или представлениям, причем больные могут это даже осознавать (повышенная избирательность внимания).

**Парапроекция** (извращение внимания) бывает иногда у здоровых людей, когда ожидание какого-либо события в условиях нервного напряжения становится тормозом для адекватного отражения этого события в сознании. В психопатологии под парапроекциями обычно понимают дисфункции внимания диссоциативного характера, сходные с таковыми и в других сферах психической деятельности у больных шизофренией.

*Модально-неспецифические* нарушения внимания распространяются на все виды внимания. При поражении нижних, глубинных отделов неспецифических структур мозга больше страдает произвольное внимание. При поражении верхних, корковых отделов неспецифической системы мозга больше страдает произвольное внимание, а произвольное усиливается («полевое поведение»),

*Модально-специфические* нарушения внимания проявляются только в зрительной, слуховой, тактильной или двигательной сферах. При этом больной игнорирует (не замечает) один из двух одновременно предъявляемых с разных сторон стимулов, хотя их отдельное опознание не нарушено. Такие нарушения внимания обычно возникают при локальной патологии корковых отделов анализаторных систем чаще правого полушария мозга.

## Методы исследования внимания

Все методы для изучения объема внимания можно подразделить на прямые и косвенные. Прямой метод предусматривает предъявление материала (например, слов, букв, изображений предметов) в короткие промежутки времени с помощью тахистоскопа с последующим подсчетом замеченного испытуемым.

Косвенные методы определения объема внимания, как и других его свойств, являются относительно простыми по процедуре проведения тестами скорости. Чаще всего используется методика отыскивания чисел *по таблицам Шульте*.

Для изучения избирательности восприятия при внимании чаще всего используется методика немецкого психолога Хуго Мюнстерберга. Это буквенный текст, где нужно как можно быстрее (норматив – две минуты) подчеркнуть скрытые в нем 25 слов. Регистрируются также и ошибки – пропущенные и неправильно выделенные слова.

## Практическая часть

Методика избирательности восприятия и внимания Хуго Мюнстерберга.

**Цель методики:** Определение избирательности внимания. Рекомендуется для использования при профотборе на специальности, требующие хорошей избирательности и концентрации внимания, а также высокой помехоустойчивости.

**Инструкция:** «Среди буквенного теста имеются слова. Ваша задача как можно быстрее считывая текст, подчеркнуть эти слова».

**Пример:** рюклбюсрадостьюфркнп.

**Время работы** – 2 минуты.

Методика проводится как в группе, так и индивидуально. Оценивается количество выделенных слов и количество ошибок (пропущенные и неправильно выделенные слова).

Стимульный материал

бсолнцевтргоцэрайонсгучновостьъхэыгчяфактьюэкзаментрочягщ  
шгцкппрокуроргурсеабетеорияемтоджебьамхоккейтроицафцуйгахт  
телевизорболджщзфюэлгшьбпамятьшогхэюжипдргщщнздвосприятие  
йцукендшизхьвафыпролдблюбобьябфьтргплослдспектаклячсинтьбюн  
бюерадостьвуфциежцдоррпнародшалдхэппциернкуыфйщрепортажэк  
ждорлафвьюфбьконкурсйфнячыгузскарпличностьзжэьеюдщцгложин  
эцрплаваньедтлжззбьтэрдшжнпркывкомедияшлдкуйфотчаяниейфрлнь  
ячвтлджэхьгфтасенлабораториягщдщнруцтргщцтлроснованиезхжьб  
щдэркентаопрукгвсмтргпсихиатриябплнстчьфясмтцзайэьягнтзхтм

Фамилия испытуемого \_\_\_\_\_

## Тестовые задания

1. Память – это

а) психический процесс отражения, заключающийся в запечатлении и сохранении с последующим воспроизведением и узнаванием следов прошлого опыта, делающим возможным его повторное использование в деятельности

б) отражения единичных свойств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на органы чувств.

в) психический процесс отражения предмета или явления в целом, в совокупности его свойств и частей

г) познавательный психический процесс создания нового образа (представления) предмета или ситуации путем перестройки (преобразования) имеющихся у человека представлений.

2. Психические процессы памяти подразделяются:

а) забывание

б) сохранение

в) импринтинг

г) воспроизведение

3. Обеспечивает сохранение информации в течение нескольких часов, является промежуточным звеном на пути перевода информации из кратковременной памяти в долговременную – это:

а) кратковременная память

б) сенсорная

в) буферная память

г) долговременная память

4. Наиболее прочно в памяти сохраняется информация:

а) осмысленная

б) вызубренная

в) малознакомая

г) неотрефлексированная

5. К свойствам памяти относят:

а) объем

б) скорость

в) устойчивость

г) точность

6. Память на абстрактный, отвлеченно – символический материал – это:

а) двигательная память

б) образная память

в) символическая память

г) эмоциональная память

7. К нарушениям памяти относят:

а) гипермнезию

б) гипомнезию

в) гипопрозексию

г) парамнезию

8. Воспроизведение какого-либо события без его узнавания называется:

а) парамнезией

б) гипермнезией

в) криптомнезией

г) гипомнезией

9. Психический процесс, который обеспечивает направленность и сосредоточенность психики на определенных предметах и явлениях внешнего мира – это:

а) ощущение

б) внимание

в) восприятие

г) мышление

10. Внимание тесно связанное с волей человека, сознательно поставленной целью – это:

а) послепроизвольное внимание

б) произвольное внимание

- в) непроизвольное внимание  
г) моторное внимание
11. К свойствам внимания относятся:  
а) объем внимания  
б) скорость  
в) устойчивость  
г) переключаемость
12. Привлечению непроизвольного внимания способствуют такие свойства объекта как:  
а) новизна  
б) привычность  
в) подвижность  
г) статичность
13. Ночью перед экзаменом студент сидит над скучным учебником. Внимание, которое задействовано при этом, называется:  
а) непроизвольное  
б) произвольное  
в) субпроизвольное  
г) гиперволевое
14. Большинство студентов оглядываются, когда на лекции громко открывается дверь. Внимание, которое задействовано при этом, называется:  
а) непроизвольное  
б) произвольное  
в) устойчивое  
г) статичность
15. Привлечению непроизвольного внимания способствуют такие свойства объекта как:  
а) новизна  
б) привычность  
в) подвижность  
г) статичность
16. Объем внимания взрослого человека составляет:  
а) 5-7 простых фигур  
б) 6-9 простых фигур  
в) 9-11 простых фигур  
г) 12-13 простых фигур
17. К нарушениям внимания относятся:  
а) гипопрозекия  
б) гиперпрозекия  
в) псевдоамнезия  
г) парапрозекия

### Ответы

Номер вопроса	Ответ						
1	1	8	5	15	3	22	3
2	1,3	9	3	16	2	23	4
3	3	10	2	17	1	24	2
4	2	11	2	18	4	25	2
5	4	12	3	19	4	26	3
6	1	13	4	20	2	27	3
7	1,5	14	2	21	3		

## **Тема занятия №4. Мышление. Воображение. Речь**

---

**Место проведения:** учебная аудитория

**Продолжительность занятия:** 2 часа.

**Цель:** Изучить процессы мышления, воображения, речи. Разобрать основные виды, типы, формы и функции мышления, воображения и речи. Научить дифференцировать нормальное и патологическое мышление, воображение и речь.

**Студент должен знать:**

1. Определение понятий «мышление», «воображение» «речь».
2. Виды, формы, методы, операции, индивидуальные особенности мышления.
3. Развитие мышления в онтогенезе. Законы логики и мышления.
4. Нарушения мышления. Патопсихологическую и клиническую классификацию расстройств мышления.
5. Виды воображения. Ятрогении.
6. Патологические формы воображения.
7. Виды и функции речи. Соотношение мышления и речи.
8. Нарушения речи.

**Студент должен уметь:**

1. Исследовать мышление. Уметь дифференцировать нормальное и патологическое мышление. Диагностировать нарушения мышления и воображения.
2. Исследовать нарушения речи.
3. Провести методику А.Алексеевой, Л.Громовой по определению индивидуальных стилей мышления.

**Темы проектов, рефератов.**

1. Теоретические и экспериментальные подходы к исследованию мышления исследования.
2. Особенности нарушения мышления при поражениях мозга.
3. Роль клинического мышления для специалистов медицинских профессий.
4. Нарушения развития мышления у детей.
5. Влияние общения врача с больным на динамику лечения.
6. Использование особенностей воображения человека в целях психодиагностики.
7. Речь. Виды речи. Нарушение формирования речи.
8. Воображение. Виды воображения. Патологические формы воображения.
9. Ятрогении.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

1. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.: илл.
2. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2002.
3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. – М.: МЕД – пресс, 2001. – 592 с.
4. Психология. Словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М., 1990.

### **Дополнительная литература:**

1. Лакосина Н.Д. Клиническая психология. Учеб. для студентов медицинских вузов. – М.: МЕД пресс-информ, 2003.
2. Лакосина Н.Р., Ушаков Г.К. Учебное пособие по медицинской психологии. – Л., 1976.
3. Медицинская психология: новейший справочник практического психолога/ сост. С.Л. Соловьева. – М., 2006.
4. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: в 2 т. – Т.1. – М., 1989.
5. Немов « Психология». – М., 2002.

### **Исходный контроль уровня знаний:**

1. Дайте определения мышления, воображения и речи.
2. Какие виды и формы мышления вы знаете?
3. Как мышление связано с другими психическими процессами?
4. Как влияет мышление на воображение и речь?
5. Как вы думаете, какое влияние оказывают эмоции на мышление?
6. Какие причины могут привести к нарушению процессов мышления, воображения и речи?
7. Какие нарушения функций мышления, воображения и речи вы знаете?
8. Как вы думаете, как влияют недоразвития зрительного, слухового и речевого аппаратов на формирование и развитие мышления, воображения и речи?

### **Основные вопросы темы:**

1. Определение понятия «мышление». Основные мыслительные операции: анализ и синтез, сравнение (сличение и различение), абстракция (отвлечение), обобщение, конкретизация, систематизация (классификация).
2. Виды мышления: конкретно-действенное, наглядно-действенное (практическое), наглядно-образное, абстрактно-логическое (знаково-символьное, словесно-логическое), творческое (креативное) мышление.
3. Основные формы абстрактного мышления: понятие (категория, определение понятия), суждение, умозаключение.
4. Методы мышления: дедукция, индукция и аналогия и соответствующие им умозаключения. Механически-ассоциативный и логически-ассоциативный типы мышления.
5. Стратегии мышления: случайный, рациональный и систематический перебор. Этапы подготовки и инкубации в мышлении.
6. Индивидуальные характеристики мышления: широта и глубина, последовательность, гибкость, самостоятельность, критичность мышления.
7. Развитие мышления в онтогенезе, стадии и возрастная периодизация, классификация, работы Ж.Пиаже, Л.С. Выгодского, П.Я. Гальперина и др.
8. Методики исследования мышления.
9. Основные законы логики и их роль в изучении феномена мышления у человека в норме, при пограничных состояниях и при патологии.
10. Патология мышления. Клиническая и патопсихологическая классификации расстройств мышления.
11. Воображение, нормальные и патологические формы, роль воображения в развитии психики, активное и пассивное воображение, фантазии, возрастные половые и социальные аспекты.
12. Речь и мышление. Мимика и пантомимика в речи. Устная и письменная речь, этапы развития речи. Патологии речи.

### **Итоговый контроль уровня знаний:**

1. Дайте определение мышления. Виды мышления и формы мышления?
2. Какими интегральными характеристиками описываются индивидуальные особенности мышления?
3. Почему большим неврозами свойственно мышление, которое обычно обозначают как кататимное?
4. Как в процессе беседы выявить сохранность умственной операции обобщения или абстрагирования у пациента с подозрением на олигофрению?
5. Почему грезы относятся к формам пассивного воображения? Могут ли грезы быть преднамеренно вызваны человеком?
6. В чем отличие продуктивного воображения от воображения репродуктивного?
7. Что собой представляют ятрогенные заболевания? Как осуществляется профилактика ятрогений?
8. Как используются особенности воображения человека для целей психодиагностики?
9. Чем психотические фантазмы отличаются от фантазмов непсихотических?
10. Дайте определение речи. Как соотносятся между собой речь и язык?
11. Что собой представляет внутренняя речь? Как она формируется в онтогенезе, какие функции выполняет?
12. В чем заключено различие между экспрессивной и импрессивной речью?
13. Чем отличается калькирующая речь от разговорной жестовой речи глухонемых людей?
14. Исчезновение потребности в общении является главным признаком аутизма. Что такое «аутизм наоборот» и каковы признаки?
15. Какой главный признак отличает афазии от алалии?
16. Что обозначают понятиями левополушарного и правополушарного мышления?
17. В чем заключаются различия между конвергентным и дивергентным мышлением?
18. Как в предметном варианте методики классификации проявляется феномен разноплановости мышления?
19. Какие главные различия существуют между сверхценными и навязчивыми идеями ревности, болезни сердца?
20. Каким образом проводится оценка патологичности детской лживости?
21. Какие отдельные феномены детского фантазирования должны настораживать в плане возможности наличия у ребенка психического заболевания?
22. Как называется недостаток произношения буквы «р»? к какой группе расстройств относятся дислалии?

## **Содержательная часть**

### **Мышление**

*Мышление* – психический процесс отражения наиболее существенных свойств предметов и явлений действительности, а также наиболее существенных связей и отношений между ними, что в конечном итоге приводит к получению нового знания о мире.

### **Операции процесса мышления**

Мыслительная деятельность возникает и протекает в виде особых умственных операций (анализа, синтеза, сравнения, абстракции, обобщения, конкретизации и систематизации) с последующим переходом к образованию понятий.

*Анализ* – мысленное расчленение целого на части. В его основе лежит стремление познать целое глубже путем изучения каждой его части. Различают два вида анализа: анализ как мысленное разложение целого на части и анализ как мысленное выделение в целом его отдельных признаков или сторон.

*Синтез* – мысленное соединение частей в единое целое. Так же как в анализе, различают два вида синтеза: синтез как мысленное объединение частей целого и синтез как мысленное сочетание различных признаков, сторон, свойств предметов и явлений действительности.

*Сравнение* – мысленное установление сходства и различия между предметами и явлениями, их свойствами или качественными особенностями.

*Абстракция (отвлечение)* – мысленное выделение существенных свойств или признаков при одновременном отвлечении от несущественных свойств; признаков предметов и явлений. Мыслить абстрактно – значит уметь извлечь какой-то момент, сторону, черту или свойство познаваемого объекта и рассмотреть их вне связи с другими особенностями того же объекта.

*Обобщение* – мысленное объединение предметов или явлений на основе общих и существенных для них свойств и признаков, процесс сведения менее общих понятий к более общим.

*Конкретизация* – мысленное выделение из общего того или иного частного конкретного свойства или признака, иначе – мысленный переход от обобщенного знания к единичному, конкретному случаю.

*Систематизация (классификация)* – мысленное распределение предметов или явлений по группам или подгруппам в зависимости от сходства и различий (деление категорий по существенному признаку).

Все мыслительные операции (действия) протекают не изолированно, а в различных сочетаниях.

## **Виды мышления**

Выделяют три основных вида мышления, которые появляются последовательно в процессе онтогенеза: наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое.

*Наглядно-действенное (практическое) мышление* – вид мышления, который опирается на непосредственные чувственные впечатления от предметов и явлений действительности, т.е. их первичный образ (ощущения и восприятия). При этом происходит реальное, практическое преобразование ситуации в процессе конкретных действий с конкретными предметами. Этот вид мышления может существовать только в условиях непосредственного восприятия поля манипулирования.

*Наглядно-образное мышление* – вид мышления, который характеризуется опорой на представления, т.е. вторичные образы предметов и явлений действительности, а также оперирует наглядными изображениями объектов (рисунок, схема, план). В отличие от наглядно-действенного мышления здесь происходит преобразование ситуации только в плане ее внутреннего (субъективного) образа, но при этом появляется возможность подбора самых необычных и даже невероятных сочетаний как самих предметов, так и их свойств. Наглядно-образное мышление – база для формирования словесно – логического мышления.

*Абстрактно-логическое (отвлеченное, словесное, теоретическое) мышление* – вид мышления, который опирается на абстрактные понятия и логические действия с ними. При наглядно-действенном и наглядно-образном мышлении мыслительные операции осуществляются с той информацией, которую дает нам чувственное познание в виде непосредственного восприятия конкретных предметов и их образов-представлений. Абстрактно-логическое мышление, благодаря абстрагированию, позволяет создавать отвлеченную и обобщенную картину ситуации в виде мыслей, т.е. понятий, суждений и умозаключений, которые выражаются словами.

Указанные виды мышления развиваются в процессе онтогенеза последовательно от предметно-действенного к понятийному.

Мышление взрослого человека включает признаки всех трех видов: предметно-действенного, наглядно-образного и понятийного. Соотношение этих видов мышления при этом определяется не только возрастными, но и индивидуальными особенностями и связано с доминированием одного из полушарий. Преобладание действенного и наглядно-образного мышления характерно для людей с доминирующей активацией правого полушария, такие люди более успешны в технических видах деятельности, им легче даются геометрия и черчение, они склонны к художественным видам деятельности. У лиц с доминированием левого полушария отмечается более высокая успешность теоретического, вербально – логического мышления, они более успешны в математике (алгебре), научной деятельности. В практической деятельности взрослого человека происходит постоянный переход от практического к образному и логическому мышлению и наоборот. Для развитого практического мышления, характерно «умение быстро разбираться в сложной ситуации и почти мгновенно находить правильное решение», то есть то, что обычно называют интуицией.

*Интуитивное* мышление характеризуется быстротой протекания, отсутствием четко выраженных этапов, малой осознанностью, в отличие от *дискурсивного*, поэтапно развернутого, осознанного мышления. Высокая скорость интуитивного решения задач обусловлена перестройкой процессов логического и образного мышления. Оно приобретает особую значимость в сложных ситуациях деятельности (сложность обстановки, дефицит времени, необходимость учета противодействующих сил, высокая ответственность за каждое решение). Именно этими параметрами и характеризуется деятельность врача. Поэтому в практической деятельности врача все указанные виды мышления выступают в единстве.

*Творческое и критическое мышление.* Если рассматривать мышление с точки зрения новизны, оригинальности решаемой задачи, то можно выделить мышление творческое (продуктивное, дивергентное, креативное) и воспроизводящее (репродуктивное, конвергентное). Творческое мышление – это мышление, результатом которого является открытие принципиально нового или усовершенствование решения задачи. Гилфорд, известный исследователь креативного мышления, выделил четыре основных фактора креативности.

1. Оригинальность характеризует своеобразие творческого мышления, необычность подхода к проблеме, способность давать нестандартные ответы.
2. Гибкость – способность к разнообразию ответов, к быстрому переключению.
3. Интеграция как способность одновременно учитывать несколько противоположных условий, подпосылок или принципов.
4. Чувствительность как умение подметить едва заметные детали, сходство или различие.

Изучая креативное мышление, Торранс установил, что пик креативности отмечается в детском возрасте (от 3,5 до 4,5 лет), затем она возрастает в первые три года обучения в школе и в предпубертатном периоде. В последующем отмечается тенденция к ее снижению.

В качестве препятствий творческого мышления, часто неосознанных, выступают конформизм (стремление быть как все, боязнь выделиться. Именно поэтому существует внутренняя цензура – человек отбраковывает все, что может оказаться непринятым другими людьми); ригидность – стремление мышления идти проторенными путями, решать задачи привычными способами, излишне высокая мотивация, стремление найти ответ немедленно также часто заставляет человека использовать первое пришедшее в голову решение, которое, как правило, не является новаторским.

*Критическое мышление* – проверка предложенных гипотез с целью определения области их возможного применения. Можно сказать, что творческое мышление создает новые идеи, а критическое выявляет их недостатки и дефекты.

Исходя из всего сказанного, при описании мышления можно выделить такие его качества: глубина–поверхностность; широта–узость; быстрота–замедленность; гибкость–ригидность; оригинальность–тривиальность.

### Основные формы мышление

Понятия, суждения и умозаключения являются основными формами, с которыми совершаются мыслительные операции при отвлеченном мышлении. **Понятие** – форма мышления, отражающая наиболее общие и существенные признаки, свойства предмета или явления объективного мира, выраженная словом. В основе понятий лежат наши знания об этих предметах или явлениях. Принято различать общие и единичные понятия.

Общими понятиями называют те, которые обхватывают целый класс однородных предметов или явлений, носящих одно и то же название. В общих понятиях отражаются признаки, свойственные всем предметам, которые объединены соответствующим понятием.

Любые общие понятия возникают лишь на основе единичных предметов и явлений. Путь формирования понятий – это движение от частного к общему, т.е. через обобщение.

Основой формирования понятий является практика. Очень часто, когда нам не хватает практического опыта, некоторые наши понятия имеют искаженный вид. Они могут быть необоснованно сужены или расширены. Следует различать *житейские понятия*, которые формируются через личный практический опыт. Преобладающее место в них занимают наглядно-образные связи. *Научные понятия*, которые формируются с ведущим участием формально-логических операций, их определение формируется через родовидовые отличия.

*Содержанием понятия* называется совокупность наиболее существенных признаков предмета, которая мыслится в данном понятии, а совокупность предметов, которая мыслится в понятии, называется *объемом понятия*. Увеличение содержания понятия ведет к уменьшению его объема и наоборот.

*В логических отношениях* могут находиться только сравнимые понятия. Диагностические ошибки врача могут быть связаны с нарушением логики мышления в понятиях, например конкретной болезни, – чрезмерно широкого или слишком узкого понимания содержания и объема понятия о ней, подменой определения болезни ее описанием с перечислением отдельных симптомов.

Овладеть понятием – это значит не только уметь назвать его признаки, пусть даже весьма многочисленные, но и уметь применять понятие на практике, т.е. уметь оперировать им. Одним из наиболее важных моментов в усвоении понятия является его осознание. Иногда, используя понятие, мы до конца не осознаем его смысл. Поэтому осознание понятия может рассматриваться как наивысшая ступень в формировании понятий, как звено, соединяющее понятие и понимание.

**Суждение** – форма мышления, в которой отражаются связи между понятиями, выраженные в виде утверждения или отрицания. Если понятие отражает совокупность существенных признаков предметов, перечисляет их, то суждение отражает их связи и отношения. Обычно суждение (например: Роза красная) состоит из двух понятий – двух терминов суждения: субъекта (от лат. *subjectum* – подлежащее), т.е. того, относительно чего в суждении что-либо утверждается или отрицается, и предиката (от лат. *praedicatum* – сказуемое), т.е. словесного выражения утверждения или отрицания.

В общих суждениях что-либо утверждается или отрицается относительно всех предметов данного класса или группы (например: Все рыбы дышат жабрами). В частных, суждениях это относится к некоторым представителям класса или группы (например: Некоторые студенты отличники). Единичным называется суждение, в котором что-то утверждается или отрицается об одном предмете (например: Это здание – па-

мятник архитектуры). Всякое суждение может быть либо истинным, либо ложным, т.е. соответствовать или не соответствовать реальности.

В процессе нашего оперирования разнообразными суждениями с использованием определенных умственных операций возникает ещё одна форма мышления – **умозаключение**.

**Умозаключение** – это форма мышления, посредством которой из одного или нескольких суждений (посылок) выводится новое суждение (заключение). Умозаключение является высшей формой мышления и представляет собой формирование новых суждений на основе преобразования уже имеющихся. Умозаключение как форма мышления опирается на понятия и суждения и чаще всего используется в процессах теоретического мышления.

Любое умозаключение состоит из посылок, заключения и вывода. Посылками умозаключения являются исходные суждения, из которых выводится новое суждение. Это новое суждение, полученное логическим путем из посылок, называется заключением. А сам логический переход от посылок к заключению и есть вывод. Отношение логического следования между посылками и заключением предполагает связь между посылками по содержанию. Если суждения не связаны по содержанию, то вывод из них невозможен. При наличии содержательной связи между посылками мы можем получить в процессе рассуждения новое истинное знание при соблюдении двух условий: должны быть истинными посылки и должны соблюдаться определенные правила вывода – методы мышления.

## Методы мышления

Умозаключение является наиболее сложной формой и продуктом мышления. Оно основывается на данных ряда суждений и осуществляется путем рассуждения. *Различают три основных метода (способа) получения умозаключений при рассуждении: дедукция, индукция и аналогия.*

**Дедуктивное умозаключение** – ход рассуждений при получении заключения идет от более общего знания к частному (от общего к единичному), здесь переход от общего знания к частному является логически необходимым.

**Индуктивное умозаключение** – рассуждение идет от частного знания к общим положениям. Здесь имеет место эмпирическое обобщение, когда на основании повторяемости признака заключают о его принадлежности всем явлениям этого класса.

**Умозаключение по аналогии** – делает возможным при рассуждении логический переход от известного знания об отдельном предмете к новому знанию о другом отдельном предмете на основании уподобления одного явления другому (от единичного случая к подобным единичным случаям или от частного к частному, минуя общее).

## Типы мышления

Первые попытки выделить специфику мышления восходят к ассоциативному направлению в психологии, где главной особенностью мышления является его целенаправленный и продуктивный характер. В рамках этого направления выделены *механически-ассоциативный* и *логически-ассоциативный* типы мышления.

**Механически-ассоциативный тип мышления** – ассоциации формируются преимущественно по законам смежности, сходства или контраста. Здесь нет и четкой цели мышления, т.е. того особого регулятора, который обеспечивает подбор нужного материала и образование причинно-следственных ассоциаций. Такое «свободное» (хаотически-механическое) ассоциирование можно наблюдать во сне (этим часто объясняется причудливость некоторых образов сновидений), а также при снижении уровня бодрствования (при утомлении болезни).

**Логически-ассоциативное мышление** – отличается целенаправленностью и ценностью. Для этого всегда необходим регулятор ассоциаций – цель мышления. Х. Липман (1904) использовал для обозначения этой цели отвлеченное понятие – «руководящие представления». Они направляют ассоциации, что приводит к подбору (на подсознательном уровне) необходимого материала для формирования смысловых ассоциаций. Руководящие представления являются, по выражению Э. Кречмера (1888–1964), тем магнитом, который держит родственные представления в поле сознания. Такого рода мышление требует апперцепции с определенной установкой внимания на цель мышления.

Наше обычное мышление состоит как из логически-ассоциативного (апперцептивного), так и механически-ассоциативного мышления. Первое мы имеем при концентрированной интеллектуальной деятельности, второе – при утомлении.

#### **Индивидуальные особенности мышления**

Все вышеуказанные различия в мыслительной деятельности людей (вид, тип и стратегии мышления) определяют индивидуальные особенности мышления каждого конкретного человека. Они складываются в процессе жизни, деятельности и в значительной мере обусловлены условиями обучения и воспитания. Имеют значение и типологические свойства высшей нервной деятельности человека, его аффективной сферы, особенности функционального межполушарного взаимодействия. Индивидуальные особенности мышления определяют такие интегральные его характеристики, как широта и глубина мышления, его последовательность, гибкость, самостоятельность и критичность. Перечисленные особенности мышления у разных людей сочетаются и выражены по-разному, что и характеризует индивидуальные особенности их мышления в целом.

**Широта ума** проявляется в кругозоре человека и характеризуется разносторонностью знаний, умением мыслить творчески и рассматривать любой вопрос в многообразии его связей с другими явлениями, способностью к широким обобщениям.

**Глубина ума** выражается в умении проникать в сущность вопроса, умении увидеть проблему, выделить в ней главное и предвидеть последствия решения. Качественным, противоположным глубине мышления, является поверхностность суждений и умозаключений, когда человек обращает внимание на мелочи и не видит главного.

**Последовательность мышления** выражается в умении устанавливать логический порядок в решении различных вопросов. Быстрота мышления – это умение быстро оценивать ситуацию, быстро обдумывать и принимать решения, легко переключаться на решение разных задач.

**Гибкость мышления** выражается в свободе его от сковывающего влияния бытующих стереотипов, способность находить нетрадиционные способы решений в зависимости от изменений обстановки.

**Самостоятельность мышления** выражается в умении человека выдвигать новые вопросы и задачи, находить новые пути их решения самостоятельно, без посторонней помощи. Такое мышление не поддается внушающему постороннему влиянию.

**Критичность мышления** – это умение человека объективно оценивать свои и чужие суждения, умение отказаться от своих не соответствующих действительности высказываний, подвергать критическому рассмотрению предложения и суждения других людей.

### **Развитие мышления в онтогенезе**

Исследованиями детской психологии мышления длительное время занимался швейцарский психолог Жан Пиаже (Piaget J., 1966). Он рассматривал развитие мышления как самопроизвольный, закономерно совершающийся переход от внешних действий к внутренним мыслительным операциям. В исследованиях Ж. Пиаже и его психологической школы показано качественное своеобразие детского мышления, особая детская логика, отличная от взрослой, и прослежено, как мышление постепенно меняет свой характер по мере взросления ребенка.

В самом раннем возрасте ребенок вынужден двигательно реализовывать каждое действие, чтобы решить стоящие перед ним задачи. В этот период действия его еще максимально развернуты, они содержат много видимых компонентов. С возрастом они видоизменяются под влиянием *свертывания*: компоненты действия качественно преобразуются и уменьшается их число. На некотором этапе возрастного развития становится возможным их *погружение* и превращение в мыслительные операции (*интериоризация*). Таким образом, сначала ребенок познает мир в действиях, затем – в образах, далее у него формируется символическое представление о мире через язык и абстрактное мышление.

Пиаже выделяет четыре стадии когнитивного развития детей:

**1. Стадия сенсомоторных операций (сенсомоторный интеллект)** – действия с конкретным, чувственно воспринимаемым материалом: предметами, их изображениями, линиями, фигурами разной формы, величины и цвета. Эта стадия продолжается у детей до 2 лет и свободна от пользования языком; отсутствуют представления. Все поведение и интеллектуальные акты ребенка сосредоточены на координации восприятия и движений (отсюда название «сенсомоторный»), идет формирование «сенсомоторных схем» предметов, формируются первые навыки, и устанавливается константность восприятия.

**2. Стадия дооперационального интеллекта (2–7 лет)** – характеризуется сформированной речью, представлениями, интериоризацией действия в мысль (действие замещается каким-либо знаком: словом, образом, символом). Если раньше ребенок производил различные внешне действия, чтобы достичь цели, то теперь он уже может комбинировать схемы действий в уме и внезапно приходит к правильному решению.

Эту стадию развития интеллекта называют *репрезентативным интеллектом* – мышление с помощью представлений. Сильное образное начало при недостаточном развитии словесного мышления приводит к своеобразной детской логике. На этапе дооперациональных представлений ребенок не способен к доказательству, рассуждению. Овладение понятиями и логикой у детей формируется постепенно – в процессе оперирования предметами и при обучении.

Все особенности ранней (допонятийной) формы мышления Ж. Пиаже объясняет присущим маленьким детям феноменом *детского эгоцентризма* – представление ребенка, что все вокруг имеет к нему отношение, воспринимает мир как свое продолжение, имеющее смысл только в плане удовлетворения потребностей. Эгоцентризм – особая интеллектуальная позиция ребенка. Он еще не способен свободно производить преобразования системы отсчета, начало которой жестко связано с ним самим, с его «Я». Все это не позволяет детям до 5 лет правильно понимать ситуации, требующие принятия чужой позиции, координировать разные точки зрения.

Ж. Пиаже различает три основных уровня эгоцентризма:

- 1) отсутствие различения субъекта и объекта ребенком до 1,5 лет;
- 2) недостаточное различение своей и чужой точки зрения ребенком до 7-8 лет, что порождает такие особенности мышления дошкольника, как синкретизм или анимизм;
- 3) вера подростка в безграничные возможности собственного мышления и способность преобразовать окружающий мир (11–14 лет).

**3. Стадия конкретных операций (8–11 лет)** – характеризуется осознанием обратимости и симметричности отношений за счет преодоления эгоцентризма. Этап конкретных операций связан со способностью к рассуждению, доказательству, соотношению разных точек зрения. Логические операции тем не менее нуждаются в опоре на наглядность, не могут производиться в гипотетическом плане (поэтому они названы конкретными). Все логические операции зависят от конкретных областей применения. В частности, ребенок уже может образовывать из конкретных предметов как отношения, так и классы. Если в 7 лет ребенку удастся расположить палочки по их длине, то лишь в

9,5 лет он подобную операцию делает с весами тел, а с объемами – только в 11–12 лет. Логические операции еще не стали для ребенка генерализованными.

**4. Стадия формальных операций (12–15 лет)** – подросток освобождается от конкретной привязанности к объектам, данным в поле восприятия, что характеризует завершение формирования логического мышления. Подросток приобретает возможность мыслить так же, как взрослый человек, т.е. гипотетически, дедуктивно. Для этой стадии характерно оперирование логическими отношениями, относительными понятиями, абстракцией и обобщениями. Вступление подростка в этап формальных логических операций вызывает у него гипертрофированное тяготение к общим теориям, стремление к «теоретизированию», что, по мнению Ж. Пиаже, является возрастной особенностью подростков. Для подростков общее становится важнее и существеннее частных, они тяготеют к созданию своих собственных теорий в политике или философии. Силлогизмы становятся основой операций логического мышления в этом возрасте.

В нашей стране широкое распространение получила теория формирования и развития интеллектуальных операций, предложенная П.Я. Гальпериным. В основу данной теории было положено представление о генетической зависимости между внутренними интеллектуальными операциями и внешними практическими действиями. Он говорил о существовании поэтапного формирования мышления. В своих работах Гальперин выделил этапы интериоризации внешних действий, определил условия, обеспечивающие успешный перевод внешних действий во внутренние. Гальперин считал, что развитие мышления на разных этапах непосредственно связано с предметной деятельностью, с манипулированием предметами. Однако перевод внешних действий во внутренние с превращением их в определенные мыслительные операции происходит не сразу, а поэтапно.

- Первый этап характеризуется формированием ориентировочной основы будущего действия. Основной функцией данного этапа является ознакомление на практике с составом будущего действия, а также с требованиями, которым в конечном итоге это действие должно соответствовать.

- Второй этап формирования умственного действия связан с его практическим освоением, которое осуществляется с использованием предметов.

- Третий этап связан с продолжением освоения заданного действия, но уже без опоры на реальные предметы. На данном этапе происходит перенесение действия из внешнего, наглядно-образного плана во внутренний план. Главной особенностью данного этапа является использование внешней речи в качестве заместителя манипулирования реальными предметами. Гальперин считал, что перенос действия в речевой план означает прежде всего речевое выполнение определенного предметного действия, а не его озвучивание.

- На четвертом этапе освоения умственного действия происходит отказ от внешней речи. Осуществляется перенос внешнеречевого выполнения действия целиком во внутреннюю речь. Конкретное действие выполняется «про себя».

- На пятом этапе действие выполняется полностью во внутреннем плане, с соответствующими сокращениями и преобразованиями. С последующим уходом выполнения данного действия из сферы сознания (т.е. постоянного контроля над его выполнением) в сферу интеллектуальных умений и навыков.

Понятийное мышление приходит на смену допонятийного мышления постепенно, через ряд промежуточных стадий отметил Л.С. Выгодский (1982) выделив пять этапов в переходе к формированию понятий:

- 1) ребенку 2–3 года – яркий синкретизм (операция, заменяющая ребенку анализ и синтез), который проявляется в том, что при просьбе положить вместе похожие предметы ребенок складывает вместе любые из них, считая, что те, которые положены рядом и есть подходящие;

2) ребенку 2-6 лет – в классификации предметов появляются цепочки попарного сходства, т.е. он показывает элементы объективного сходства двух предметов, но уже третий предмет может отличаться от двух предыдущих;

3) ребенку 7-10 лет – может объединить группу предметов по сходству, но еще не способен осознать и назвать главные признаки всей группы;

4) ребенку 11-14 лет – появляется понятийное мышление, но еще несовершенное, поскольку первичные понятия сформированы на базе житейского опыта и не подкреплены научными знаниями;

5) юношеский возраст – использование теоретических положений позволяет выйти за рамки житейского опыта и правильно определить границы класса-понятия.

По мнению многих психологов, формирование логики также обычно требует специального обучения.

## **Исследование мышления**

Уже в ходе целенаправленной беседы мы можем оценить особенности мыслительного процесса у больного, вникнуть в сущность отдельных операций, выявить клинически очерченные нарушения течения ассоциаций или патологические идеи (бредовые, сверхценные, навязчивые). Следует обращать внимание на темп мышления, активность выполнения мыслительных операций. При ускорении мышления оно характеризуется повышенной отвлекаемостью, поверхностностью ассоциаций, легкостью переключения с одной темы на другую, «скачкой идей». В случае замедленности процессов мышления больные медленно переходят от одного суждения к другому, умозаключения формируются замедленно, ассоциации возникают с трудом, переключение с одной темы на другую затруднено.

Кроме опроса и оценки поведения, в исследовании мышления имеют большое значение экспериментально-психологические методы. Но без знания личностных особенностей больного правильная оценка результатов экспериментального исследования мышления весьма затруднительна. Существует большое число экспериментально-психологических методов, с помощью которых можно исследовать различные аспекты нарушения мышления.

**Темп и течение ассоциаций.** С физиологической точки зрения исследование ассоциаций есть не что иное, как исследование образованных в прошлом жизненном опыте временных связей. Они воспроизводятся под действием слов-раздражителей и выражаются в речевых реакциях. Эта методика пригодна для изучения скорости образования ассоциативных связей (темпа мышления), развитости процессов обобщения и отвлечения, а также других особенностей мышления и личности в целом.

В наиболее распространенном классическом варианте ассоциативного эксперимента больному предлагается на каждое предложенное экспериментатором слово сразу отвечать одним первым пришедшим на ум другим словом.

Обычно предлагается набор из 20-60 слов: фиксируется ответ, а также время между словом исследователя и ответной реакцией больного (латентный период, равный в норме 1,5–2 с).

**Классификация** – операция процесса мышления, которая требует умения выделять существенные признаки предметов.

Методика направлена первоочередно на исследование мышления (процессов обобщения и абстрагирования, последовательности умозаключений и т.п.), но она дает также возможность анализа критичности и обдуманности действий больного, объема и устойчивости его внимания, личностных реакций на свои достижения и неудачи.

Методика применима для исследования детей и взрослых любого образовательного уровня. Однако для исследования детей до 3–4-го класса школы и малограмотных взрослых часть карточек следует исключить (измерительные приборы, учебные посо-

бия). Предлагается рассортировать (классифицировать) с обоснованием своего решения 70 карточек с цветными и черно-белыми изображениями различных предметов, людей, животных, растений.

Методика позволяет выявить *снижение процесса обобщения*, которое характерно для больных олигофренией и эпилепсией. Конкретное мышление, которое характерно для олигофрении, определяется в случаях, когда испытуемый объединяет предметы в сугубо конкретные ситуационные группы (например, пальто со шкафом, «потому, что пальто висит в шкафу»).

Склонность к *детализации*, характерная для больных эпилепсией, определяется в случаях, когда испытуемый выделяет группы правильно, но слишком их дробит (например, «одежда домашняя и одежда на выход», «мебель мягкая и мебель кухонная»). От излишней детализации следует отличать такое выполнение задания, когда групп также много, но это связано не с дроблением, а наличием *одноименных групп*. Это уже будет проявлением забывчивости, рассеянности, сужения объема внимания, что бывает при сосудистых и иных органических болезнях мозга.

Методика весьма чувствительна к выявлению специфических нарушений мышления, характерных для больных шизофренией: искажения процессов обобщения, актуализации случайных ассоциаций, разноплановости мышления и некоторых других. Главное, что можно отметить в этих случаях, заключается в том, что больные начинают складывать одни группы чрезвычайно обобщенно, а другие – чрезмерно детально. Уже только это можно расценивать как *непоследовательность мышления*, которая чаще всего бывает при шизофрении. Подобное явление иногда можно встретить при органических болезнях мозга, но только в период обострения психопатологических расстройств.

Существует ряд модификаций методики классификации: классификация геометрических фигур, специальные задания на исключение понятий, выделения существенных признаков предметов.

**Методика «Исключение предметов (понятий)»** – оценивается способность разграничивать разнородные понятия. Испытуемый должен исключить из группы «лишний» из четырех или пяти предметов (например: «стол, ступ, кровать, пол, шкаф»; «дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий»). Иногда специально вводят в задание карточки с рисунками (словами), где нельзя провести такого рода исключение и обобщение. Здоровые обследуемые в таких случаях заявляют, что задание невыполнимо, а больные шизофренией с легкостью объединяют в группу предметы, используя «слабый», латентный признак того или иного предмета.

**Методика «Выделение существенных признаков предметов (понятий)»** – позволяет судить о качестве понимания главных и второстепенных признаков предметов и явлений. Предлагаются задания, где испытуемый должен выделить существенные признаки ключевого понятия, подчеркнув признаки, без которых данное понятие не существует (например, «Сад: растения, садовник, собака, забор, земля» или «Река, берег, рыба, рыболов, тина, вода»).

**Понимание переносного смысла пословиц.** Для изучения процессов абстрагирования больному можно предложить задания на понимание переносного смысла пословиц или понимание содержания сюжетных картин и коротких рассказов (в том числе с нелепостями). Здесь существенную роль в общей оценке результатов играет отношение обследуемого к допускаемым ошибкам – замечает ли он их самостоятельно, или только с помощью экспериментатора. Требуется знать при этом, как он мотивирует ошибочные решения и насколько они доступны коррекции.

**Формирование искусственных понятий** (методика двойной стимуляции). Испытуемому предлагается два ряда стимулов: один ряд играет роль объекта, на который направлено поведение, другой – роль знака, с помощью которого поведение организуется. Например, имеется набор объемных геометрических фигур, различных по форме, размерам и цвету. На обратной стороне фигур написаны незнакомые испытуемому сло-

ва («окс», «нур» и др.). Требуется после нескольких проб найти все фигуры с данными словами. Обращают внимание на то, сколько понадобилось таких проб, чтобы у испытуемого сформировалось искусственное понятие, т.е. признак, по которому осуществлялся выбор. Иногда, правильно распознавая фигуры, обследуемый не может правильно назвать их общие признаки, что может свидетельствовать о слабости процессов обобщения и отвлечения на вербальном уровне. Таким образом, предметом изучения в данном эксперименте становится не только процесс сравнения и обобщения фигур, но и влияние на этот процесс слова (знака), обозначающее искомое сочетание признаков.

**Исследование логических связей и отношений между понятиями** – применяется методика образования *парных аналогий* в рисуночном и словесном вариантах, где в соответствии с образцом (пара слов) подбирается новая пара, аналогичная по признаку, представленному в образце. Например: школа/обучение; больница/(доктор, ученик, уч-реждение, лечение, больной).

**Понимание силлогизмов.** Особую группу методов составили методики исследования логического мышления с помощью изучения понимания испытуемым умозаключений на основе четырех фигур силлогизма, а также их графических изображений в виде пересекающихся контуров (кругов или эллипсов) силлогизмов, отношений между объемами понятий – диаграммы Венна и др.

**Исследование конструктивного мышления.** Для исследования конструктивного мышления используются специальным образом окрашенные кубики (кубики Коса, куб Линка), из которых предлагается выложить по образцу узоры (сложности или сложить большой куб заданного цвета).

## **Классификация нарушений мышления в патопсихологии**

На основании экспериментально-психологических исследований мышления обычно можно выделить три основных вида нарушений мышления (Зейгарник Б.В., 1962): нарушения операциональной стороны мышления; нарушения личностного (мотивационного) компонента мышления; нарушения динамики мыслительной деятельности. Возможны также различные сочетания этих нарушений.

**I. Нарушения операциональной стороны мышления** заключаются в том, что у больных нарушается и теряется возможность пользоваться основными операциями мышления. Обычно это относится к операциям обобщения и отвлечения (абстрагирования). Нарушения операциональной стороны мышления обычно сводятся к двум его крайним вариантам: снижение уровня обобщения и искажение процесса обобщения.

**1. Снижение уровня обобщения** – в суждениях больных доминируют конкретные, непосредственные представления о предметах и явлениях, а более высокие уровни обобщения, где требуется абстрагирование, больному труднодоступны. Наиболее типичны такого рода нарушения для больных со слабоумием. При ярко выраженном снижении уровня обобщения они совсем не справляются с задачей на классификацию. Затруднена также умственная операция объединения и противопоставления (исключение, лишнего из четырех предъявленных предметов), недоступным становится толкование и понимание переносного смысла пословиц.

**2. Искажение процесса обобщения** – является как бы противоположностью снижения уровня обобщения, так как существенные свойства предметов, явлений существующие связи между ними вовсе не принимаются больными во внимание при операции обобщения. При этом больной может их выделить путем абстрагирования, т.е. в основу обобщения им берутся чрезвычайно общие признаки и связи, но они носят совершенно случайный, ненаправленный и неадекватный характер. Например, при классификации больной объединяет вилку, стол и лопату в одну группу по признаку «твердости», а гриб, лошадь и карандаш объединяет в группу по признаку «связи органического с неорганическим». Все это создает основу для бесплодного мудорствования – *резонерст-*

ва. Наиболее характерны нарушения мышления по типу искажения процесса обобщения для больных шизофренией.

**II. Нарушения личностного (мотивационного) компонента мышления** проявляются в нарушениях регулирующей, мотивационной функции мышления, а также его критичности с феноменами актуализации латентных свойств понятий, «разноплановости» и «разорванности» мышления.

Мышление является сложной саморегулирующейся формой деятельности оно всегда определяется целью, т.е. поставленной задачей. Утеря целенаправленности приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и утрате мышлением регулирующую функцию, поскольку не существует мышления, оторванного от потребностей, мотивов, стремлений и чувств человека, его личности в целом.

Признаки предметов, на основании которых проводится классификация, для здорового человека носят устойчивый характер. Эта устойчивость объективного значения вещей часто нарушается у больных шизофренией, что в экспериментальной ситуации приводит к *актуализации латентных*, т.е. скрытых, понятных и интересных лишь самому больному, признаков и свойств предметов, которые приобрели смысл для него лишь благодаря болезненно измененным мотивам и установкам или актуализированы из памяти на основании прошлого жизненного опыта. Например, больной в одну группу объединяет солнце, свечу и керосиновую лампу и исключает электролампу. При этом он говорит, что «электролампа слишком пахнет цивилизацией, которая убила все, что оставалось в человеке хорошего...». В другом случае больная, правильно выполняя многие экспериментальные задания, вдруг в опыте на «исключение лишнего» при предъявлении карточек с изображением очков, весов, термометра и часов предлагает группу «медицинских» предметов: «Врач через очки смотрит по часам пульс и определяет температуру тела термометром». Подобное нарушение мышления также базируется на использовании больным не основных, а латентных признаков для классификации предметов и явлений.

Такого рода единичные отклонения от правильного выполнения методики классификации составляют сущность нарушений мышления по типу *соскальзывания*. Больной, правильно решая задание в целом, вдруг неожиданно сбивается с правильного хода мыслей по ложной, неадекватной ассоциации, а затем вновь способен продолжать рассуждения последовательно, не возвращаясь к допущенной ошибке и не исправляя ее. Соскальзывания в мышлении обычно обнаруживаются у больных с начальными формами шизофрении.

Особенно ярко нарушения личностно-мотивационного компонента мышления проявляются в *разноплановости мышления*. Здесь больные также не выдерживают единой линии рассуждения при рассмотрении какого-нибудь явления, а подходят к нему с разных позиций. Суждения при этом протекают у больного как бы в разных плоскостях. Он объединяет предметы в течение выполнения одного и того же задания то на основании свойств самих предметов, то на основании своих личных вкусов и установок. В этих случаях также происходит актуализация «латентных» свойств объектов, существующих наряду с адекватными реакциями. Например, больной объединяет группы то на основании обобщенного признака (животные, посуда, мебель), то на основании частного признака – материала (железные, стеклянные), цвета (красные, синие), то на основании своих моральных или общетеоретических представлений – группа «выметающих все плохое из жизни», группа, «свидетельствующая о силе ума человека». Таким образом, в течение выполнения методики классификации появляется несколько таких неадекватных групп выполнения задания.

Актуализация латентных свойств понятий, разноплановость мышления и резонерство (склонность к бесплодному мудрствованию) находят свое выражение в речи, которая приобретает у ряда больных «разорванный», не понятный для окружающих характер, так как состоит из набора совершенно не связанных между собой фраз. Предложе-

ния при внешне грамматически правильной форме совершенно лишены смысла – части предложения логически между собой не связаны. Такая речь является клиническим выражением *разорванности мышления*. Нередко таким больным не нужен и собеседник (симптом монолога), т.е. речь для них утрачивает свою функцию общения.

**III. Нарушения динамики мыслительной деятельности** проявляются в инертности (вязкости) или в лабильности мышления как психического процесса, состоящего из цепи умозаключений, переходящих в рассуждения.

При *инертности мышления* обнаруживается замедленность, тугоподвижность интеллектуальных процессов. При этом больным трудно менять избранный способ работы, изменять ход своих рассуждений, переключаться с одного вида деятельности на другой. Конкретные связи прежнего опыта доминируют, появляется склонность к излишней детализации и обстоятельности. Наиболее часто инертность мышления встречается при эпилепсии.

При *лабильности мышления* имеют место обратные соотношения – мысли и представления так быстро сменяют друг друга, что больные иногда не успевают регистрировать их в своей речи. Они не успевают закончить одну мысль, как уже переходят к другой. Вследствие повышенной отвлекаемости они становятся малопродуктивными: происходит чередование обобщенных решений с конкретно-ситуационными, а логические связи часто подменяются случайными сочетаниями.

## Классическая классификация расстройств мышления

Классификации нарушений мышления в патопсихологии дают возможность глубже понять психологическую структуру большинства клинических проявлений мышления, но не заменяют клинических классификаций. Расстройства мышления у больных в психиатрии чаще всего условно подразделяют на две большие группы: количественные (расстройства ассоциативного процесса) и качественные (патология суждений и умозаключений).

**I. Патология ассоциативного процесса.** Большинство ассоциативных расстройств мышления встречаются не в изолированном, «чистом» виде, а в самых разнообразных сочетаниях.

### 1. Нарушения темпа мышления

а) *Ускоренное мышление (тахифрения)* – увеличение количества ассоциаций в единицу времени. Мышление сохраняет целенаправленность, но становится малопродуктивным, так как начинают преобладать простые ассоциации (по созвучию, сходству, смежности, контрасту), мысли становятся поверхностными и малодоказательными. Высшей степенью ускорения мышления является симптом «скачки идей» – крайняя отвлекаемость с непрерывной сменой тематики высказываний в зависимости от предметов, случайно попавших в поле зрения. Ускоренное мышление характерно для маниакальных состояний.

б) *Замедленное мышление (брадифрения)* – уменьшение количества ассоциаций в единицу времени. Мышление при этом хотя и сохраняет свою целенаправленность, но также становится малопродуктивным – ассоциативный процесс обедняется и скудет. Замедление ассоциативного процесса типично для депрессий.

### 2. Нарушения подвижности мышления

а) *Детализированное мышление* – цель рассуждения достигается не по краткому пути, а через множество побочных, второстепенных ассоциаций, несущественных деталей и подробностей, что делает мышление неэкономичным.

б) *Обстоятельное мышление* – выраженная детализация, сочетающаяся с длительным застреванием на побочных ассоциациях (обстоятельность), но все же с после-

дующим возвращением к основной теме мысли; это «лабиринтное», малопродуктивное мышление.

в) *Вязкое мышление* – крайняя степень обстоятельности, при которой детализация до такой степени искажает основное направление мысли, что делает ее практически непонятной, а мышление непродуктивным. Больной обычно сам не может удержать основную линию разговора, так как не может освободиться от побочных ассоциаций и застревает, «вязнет» в них.

В ряде случаев «застревание мысли» проявляется в том, что больной на любые вопросы дает один и тот же ответ или однообразно повторяет одну фразу. Такое нарушение мышления называют *персеверацией*. Персеверации наблюдаются и при поражении сенсорного центра речи Вернике.

Нарушения подвижности мышления характерны для эпилептического слабоумия, органических заболеваний мозга.

### **3. Нарушения целенаправленности мышления**

а) *Резонерское мышление* – цель рассуждения «ускользает» от больного, что приводит к «рассуждательству» по несущественному поводу, пустословию, окружающим непонятно, «зачем» он это говорит. Содержание – банальные нравоучения, морализированные, известные изречения и т.п. Речь построена грамматически правильно, но многословна и перегружена причастными и деепричастными оборотами, вводными словами. Такое мышление непродуктивно, является конкретным, так как не опирается на опыт и не относится к абстрактному виду отсутствия обобщения.

б) *Атаксически-ассоциативное («разорванное») мышление* – характерно полное отсутствие логической связи между ассоциациями: то, что должно быть объединено – разъединяется, а разнородное – соединяется. Атаксическое мышление обычно проявляется в грамматически правильно построенных фразах: «Пошел в магазин верхом на трехэтажном доме», «Летит крыльями под водой», и т.п.

в) *Паралогическое мышление* – также нарушается образование логических связей между ассоциациями, но в отличие от разорванного мышления, где понятия и представления сочетаются друг с другом на основе совершенно случайных признаков, здесь мышление характеризуется явными нарушениями формальной логики. Больной приходит к совершенно необоснованным, даже нелепым выводам, так как в цепи рассуждений происходит «соскальзывание» с основного ряда мышления на побочный в силу утраты логической связи между элементами. Точнее, ассоциации здесь возникают не по законам общепринятой логики, а на основе какой-то другой, «понятной» только самому больному логики (аутистическая, «кривая» логика). Как случайное явление такого рода паралогизмы наблюдаются в состоянии аффекта, нарушающего логическое течение мыслей, а как постоянное расстройство – свойственны шизофрении.

Характерной особенностью паралогического мышления является и то, что один объект может рассматриваться в качестве эквивалента любого другого, если между ними обнаруживаются черты сходства.

г) *Символическое мышление*. Символика свойственна и нормальному мышлению, когда она отражает общепринятые идеи и взгляды (гербы, математические знаки, персонажи басни и пр.). При патологическом символизме она сугубо индивидуальна и непонятна окружающим. При этом логическая переработка в рассуждениях больного имеется, но в общепринятые понятия, которыми оперирует его мышление, вложен иной смысл, который понятен только ему самому. В результате многие явления и предметы окружающего мира приобретают для больного особое, отличающееся от общепринятого, значение.

В начальных стадиях символизм может проявляться *аморфностью мышления*, где заметна только нечеткость использования понятий. При этом грамматически правильно построенная речь приобретает расплывчатый характер, и мысли больного в силу этого

окружающим малопонятны – неясно, «о чем» больной говорит (отличать от резонерства, где неясно, «зачем» больной это говорит).

**II. Патология суждений и умозаключений.** К этой группе расстройств относятся бредовые, сверхценные, навязчивые и доминирующие идеи.

**1. Бредовые идеи** – это возникающие на болезненной почве неверные, ложные мысли, не поддающиеся коррекции ни путем убеждения, ни каким-либо другим способом. Совокупность бредовых идей называется бредом. Бред всегда возникает на болезненной основе и нарушает адаптацию человека к своей среде; он вытекает не столько из знаний и опыта, сколько из внутреннего, аффективно-психического состояния. Личность охвачена (эмоционально вовлечена) ложным убеждением, хотя оно и неприемлемо для других людей данной культуры или субкультуры (т.е. это убеждение не является религиозным догматом или суеверием). Таким образом, в определении бредовых идей наиболее существенными являются следующие четыре момента: ложное содержание идей, болезненная основа их возникновения, убежденность в их правильности, недоступность психологической коррекции. Такой бред также называют первичным бредом, а при его формировании можно часто заметить определенную этапность – сначала бредовое настроение, а затем бредовое восприятие и толкование внешних событий с последующей «кристаллизацией» самой бредовой идеи. При первичном бреде можно даже говорить о своеобразной вере больного в свои болезненные идеи – он «чувствует», что он прав (аналогично религиозным чувствованиям или при суевериях у здоровых). Первичный бред является истинным расстройством мышления и недоступен пониманию в терминах культурного и образовательного статуса пациента, что отличает его от других видов убеждений (нормальная убежденность, доминирующая или сверхценная идея).

В отличие от первичного, *вторичный бред* доступен пониманию и объяснению в сочетании с другими психопатологическими явлениями, такими как галлюцинации или изменения настроения. Например, больной, который убежден, что его «отравляют соседи», может первоначально получить эту информацию от «голосов», которые он «слышит».

**2. Сверхценные (бредоподобные) идеи.** Представляют собой суждения или комплекс мыслей, односторонне отражающих реальные обстоятельства и доминирующих в сознании в силу их особой личностной значимости. Главная отличительная черта сверхценной идеи заключается в том, что в ее основе всегда лежит какой-либо реальный факт, правда весьма незначительный, мелкий. Однако суждения и умозаключения, возникшие на основе мелких фактов, в сознании больного начинают переоцениваться в их значении и занимать в жизни незаслуженно большое место. Сверхценные идеи, в отличие от бредовых, никогда не носят характера нелепости, и больного можно в некоторой степени разубедить в них на непродолжительное время. В практике врача общего профиля наибольшие трудности в диагностике и лечении вызывают сверхценные идеи какого-либо соматического неблагополучия, так как в их основе действительно лежит какое-либо незначительное заболевание, значение которого непомерно переоценивается больным.

**3. Навязчивые идеи.** Навязчивые идеи характеризуются появлением в сознании неотступных и назойливых мыслей, которые сам больной критически оценивает как болезненные, нелепые и не соответствующие действительности, но устранить их вновь и вновь повторяющееся возникновение не может. Факт этой неодолимой навязанности (обсессии) субъективно тяжело переживается человеком. Навязчивые идеи довольно часто сочетаются с навязчивыми действиями (неодолимая потребность совершать какое-либо действие» или поступок). Все виды навязчивостей, могут возникать при относительно редком заболевании (0,05% в населении) – неврозе навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство).

*Отвлеченные навязчивости* – бесплодное мудрствование, навязчивый счет и навязчивые репродукции.

Бесплодное мудрствование, или душевная, умственная жвачка, *руминация*, проявляется навязчивым стремлением вновь и вновь разрешать ненужные или даже бессмысленные вопросы (например, больной вынужден думать, почему правая рука называется именно правой, а левая – левой).

Навязчивый счет (арифмомания) выражается назойливым стремлением считать и удерживать в памяти количество пройденных шагов, прохожих, столбов, автомобилей, производить в уме счетные операции.

Навязчивые репродукции – назойливое припоминание забытых или ненужных терминов, имен, определений, эпизодов из жизни. Например, ономотомания – это навязчивое вспоминание различных имен.

*Образные навязчивости* – это преимущественно простые фобии (страхи конкретного содержания), навязчивые опасения, представления и воспоминания, контрастные представления и хульные мысли, а также навязчивые влечения к действию (компульсии).

**Фобии** – в отличие от навязчивых мыслей и действий, при фобиях, т.е. навязчивых страхах конкретных ситуаций или предметов, больной не испытывает тревоги и дискомфорта, если не сталкивается с устрашающими объектами. Однако они формируют ограничительное поведение: больной начинает избегать пугающих ситуаций, когда это возможно.

**4. Доминирующие идеи.** Доминирующей идеей следует называть такую мысль, которая занимает в сознании человека незаслуженно большое место. Доминирующие идеи часто бывают у здоровых людей, когда они усиленно к чему-то стремятся и сосредоточены на достижении цели. У больных отношение к доминирующим идеям бывает разным, но иногда эти идеи начинают их тяготить. Не сомневаясь в их правильности, больной понимает, что они совершенно неправомерно все время владеют им. Эти идеи болезненны не потому, что они неправильно отражают действительность, а потому, что какой-либо реальный факт привлек к себе упорное внимание на слишком долгое время («прилипание» внимания). Довольно часто в психиатрической клинике доминирующие идеи предшествуют возникновению других болезненных идей, в частности бреда.

## Воображение

**Воображение (фантазия)** – познавательный психический процесс создания нового образа (представления) предмета или ситуации путем перестройки (преобразования) имеющихся у человека представлений.

Воображение как своеобразная форма отражения действительности осуществляет мысленный отход за пределы непосредственно воспринимаемого, способствует предвосхищению будущего, «оживляет» то, что было ранее.

Воображение – это созидательный процесс, и в нем принимают участие многие психические процессы, особенно мышление, память и восприятие. Одновременно само воображение «вмешивается» в течение того или иного психического акта, как бы понижая его и придавая ему свои соответствующие черты.

Воображение – это аналитико-синтетическая деятельность, которая осуществляется под направляющим влиянием сознательно поставленной цели, либо чувств и переживаний, которые владеют человеком в данный момент.

Чаще всего воображение возникает в проблемной ситуации, когда требуется быстрый поиск решения, опережающий конкретные практические действия по ее разрешению (*опережающее отражение*), что также характерно и для мышления. Однако в отличие от мышления, где опережающее отражение действительности происходит путем оперирования понятиями, в воображении это происходит в конкретно-образной форме – в виде ярких представлений. Таким образом, в проблемных ситуациях существуют две системы опережения сознанием результатов деятельности – это организованная система образов (воображение) и организованная система понятий (мышление).

Возможность выбора и реконструкции образов (представлений) или возможность новой комбинации понятий обеспечивают человеку пластичность приспособления к жизненным ситуациям. В зависимости от обстоятельств, которыми характеризуется проблемная ситуация, одна и та же задача может решаться как с помощью воображения, так и с помощью мышления. Особенно велика роль воображения в ситуациях неопределенности, когда нет той нужной полноты знаний, которые необходимы мышлению.

Существуют индивидуально-типологические особенности воображения, тесно связанные со спецификой памяти, мышления и восприятия. Лица с художественным типом мышления обладают большим разнообразием фантазии в плане конкретно-образного восприятия мира (доминирование правого полушария мозга), а у других отмечается больше склонность к оперированию абстрактными символами и понятиями (доминирование левого полушария мозга).

## Виды воображения

Воображение может быть пассивным и активным, а активное, в свою очередь разделяют на воссоздающее (репродуктивное) и творческое (продуктивное воображение).

**Пассивное воображение** характеризуется произвольностью возникновения, что проявляется в сновидениях и грезах. Грезы человек может вызвать и преднамеренно, но и в этом случае возникновение самих образов воображения отличается произвольностью.

Отличительная черта пассивного воображения – это полный или почти полный отрыв его от практической деятельности человека. Продукты, образы сновидений и грез обычно неосуществимы и являются своеобразной заменой реальности, ее суррогатом. Грезы служат человеку средством «ухода» от различных жизненных трудностей, выступая в этой роли как особый механизм психологической личностной защиты. Всем людям свойственно грезить о чем-то радостном, приятном и заманчивом, но преобладание у человека во всех продуктах его воображения грез может свидетельствовать об определенных дефектах развития личности, ее пассивности.

**Активное воображение** характеризуется произвольностью, и человек при этом по собственному желанию, усилием воли вызывает у себя соответствующие образы, оно более ориентировано на практическую деятельность.

При *воссоздающем, репродуктивном* воображении образ предмета или явления создается по его словесному описанию. Это необходимо человеку при чтении книг, изучении различных схем и карт. Репродуктивное воображение больше напоминает восприятие или память, чем творчество.

При *творческом, продуктивном* воображении предполагается самостоятельное создание совершенно новых образов без опоры на готовое описание. Оно требует отбора из запасов памяти соответствующих представлений и их реконструкции в соответствии с замыслом.

При творческом воображении различают объективную и субъективную новизну его результата. Если образы и идеи оригинальны и не повторяют чего-либо, что имеется уже в опыте других людей, то это объективное новое для данного человека и для всех других. Если образы воображения новы только для самого создателя (он не знал о существовании аналогичных результатов), то их следует относить к субъективному новому.

Если воображение рисует сознанию такие картины, которым ничего или мало что соответствует в действительности, то оно носит название *фантазии* (в широком смысле термины «воображение» и «фантазия» часто отождествляются). Понятие «мечта» наиболее применимо к содержанию образов воображения, моделирующих ситуации и события, особенно желательные и значимые для человека. Мечты могут стимулировать к активной деятельности, но могут и оставлять человека пассивным, как бы пребывающим в мире своих мечтаний.

*Образы воображения создаются различными способами:*

- агглютинация – «склеивание», синтез различных, в повседневной жизни несоединяемых свойств и частей предметов (так строятся сказочные образы – русалка, кентавр);
- гиперболизация – увеличение или уменьшение величины предмета, а также изменение его отдельных частей (сказочные великаны и карлики, многорукие богини);
- заострение (акцентирование) – подчеркивание каких-либо отдельных признаков (злые карикатуры и дружеские шаржи);
- схематизация – отдельные представления сливаются, различия сглаживаются, а черты сходства выступают четко;
- типизация – выделение существенного, повторяющегося в однородных явлениях с воплощением его в одиночном образе.

Наиболее ярко феномены воображения видны в художественном творчестве людей (например, импрессионизм и кубизм в живописи, а в литературе – фантастика). В продуктах воображения, фантазии человека всегда проявляется и его личность, особенно неосознаваемые эмоционально-мотивационные процессы. Данный факт нашел широкое применение в психологии для создания различных *проективных* психодиагностических личностных методик (тест «чернильных пятен» Роршаха, тест рисуночной фрустрации Розенцвейга и др.).

Знание особенностей воображения необходимо врачу для понимания внутреннего состояния своих пациентов. Воображение больного, в силу имеющихся страхов и опасений за здоровье, может исказить картину имеющейся болезни и ее последствий, хода предстоящей операции. Врач, пользуясь методами разъяснения, убеждения и внушения, должен направить воображение больного по оптимистическому пути. С помощью воображения мы можем управлять многими психофизиологическими состояниями организма. Именно эти возможности воображения лежат в основе некоторых психотерапевтических методик саморегуляции, в частности аутотренинга.

## Ятрогении

Некоторые расстройства психики своим возникновением иногда обязаны чрезмерной мнительности, впечатлительности и живому воображению больного. Часто непосредственным поводом для такого заболевания является неправильно понятое слово врача. Слово врача – могучее средство воздействия на больного. Как и всякое другое терапевтическое средство, слово врача может иметь не только полезное, но и вредное для больного действие. Немецкий психиатр О. Бумке (Bumke O., 1925) в своей небольшой статье «Врач как причина душевных расстройств» обратил внимание на вредные последствия неправильного (в психологическом плане) поведения врача с больным. Пациент здесь воображает, что он заболел опасной болезнью и у него даже «появляются соответствующие симптомы. Такие болезни, которые возникают под влиянием неосторожного слова врача, принято называть *ятрогенными заболеваниями*. Сила ятрогенных воздействий врача возрастает при авторитарном, директивном стиле его отношений с больным. Врач должен уметь пользоваться словами.

При ятрогении в сознании больного человека постоянно присутствует через обозначение в словах ощущение того симптома, который он себе вообразил под влиянием слов врача. Человек, как бы не желая думать о симптоме, думает о нем. Этот его миф о болезни постоянно нуждается в подтверждении, поэтому человек прислушивается к себе и «находит» соответствующие ощущения. У него начинает болеть там, где «должно» болеть. К этому разряду относится и хорошо известный в среде медиков «симптом 3-го курса», когда студент «обнаруживает» у себя все изучаемые им болезни.

*Ятрогении* (от лат. *iatros* – врач) – общее название, обозначающее психогенные расстройства у больного вследствие неосторожных, ранящих больного слов врача (собственно ятрогения) или его действий (ятропатия), медицинской сестры (соророгения, от

лат. *soror* – сестра), других медицинских работников. Пагубные самовлияния, связанные с предубеждением по отношению к врачу, страхи перед медицинским обследованием также привести к подобным расстройствам – эгогения. Ухудшения в состоянии больного под влиянием нежелательных воздействий других больных (сомнения в правильности диагноза, лечения и т.п.) обозначают термином эгротогения (от *aegrotus* – больной).

Особую роль миф о болезни играет в ситуации лечения. Если больной верит в лечение, то его эффективность заметно возрастает. В ряде случаев лекарство (например, анальгетик) может быть заменено плацебо («пустышка»), от которого больной субъективно чувствует тот же эффект. Лечебный миф, как и миф о болезни, не имеет четкой структуры и подвержен влиянию извне. Слава целителя также может быть мифом, способствующим лечению. Порой самые фантастические и нелепые лечебные приемы находят своих убежденных последователей, эксплуатирующих этот неспецифический фактор «веры» больного в лечебный эффект, за счет которого и наблюдаются определенные успехи целительства, особенно в плане ближайших результатов.

Врач может попасть в сложное положение, если принимает миф за реальность или наоборот. Врач должен понимать как свои терапевтические возможности или свои способности исцелять тем или иным методом, так и осознавать реальное состояние пациента. С виду невинное заблуждение врача в своих качествах как целителя может привести к потере больным времени, сил и средств для осуществления настоящего патогенетического лечения.

### **Патологические формы воображения и их оценка**

В клинической практике врачу нередко приходится встречаться с больными, у которых психопатологическая симптоматика может относиться как к нарушениям пассивного, так и активного воображения. Все эти нарушения чаще встречаются у лиц с особым психическим складом, отличающимся чертами инфантилизма и признаками чрезмерной возбудимости воображения с склонностью к выдумкам и фантазированию.

### **Патологические формы пассивного воображения**

В психиатрической и общесоматической клинике оценка особенностей пассивного воображения чаще всего требуется у больных при различных видах снижения уровня бодрствования и состояний помрачения сознания, а также нарушениях сна в связи со сновидениями.

*Онейроид* – сновидное, грезоподобное помрачение сознания, наблюдающееся в результате травм черепа, острых инфекционных заболеваний с лихорадкой, интоксикацией или при некоторых разновидностях острой шизофрении. При этом у больного резко активизируются процессы воображения, причем создаваемые им образы «визуализируются» в виде калейдоскопических фантастических видений, напоминающих псевдогаллюцинации.

*Ониризм* – больной перестает ощущать различия образов воображения в сновидениях с реальностью. При этом увиденное во сне может не восприниматься с должной критической оценкой утром. Иногда при этом и днем у больного возникают яркие сновидные образы, стоит только ему закрыть глаза. Иногда такие «видения» бывают и при открытых глазах – грезы по типу сна наяву или «сна с открытыми глазами». У психически здоровых лиц последнее может отмечаться при ослаблении деятельности сознания – в полудремотном состоянии или в состоянии аффекта.

*Галлюцинации воображения* разновидность психогенных галлюцинаций, фабула которых вытекает из аффективно значимых и длительно вынашиваемых в воображении идей. Особенно легко возникают у детей с болезненно обостренным воображением.

*Бред воображения* – является вариантом бредообразования, который вытекает из склонности к фантазированию у лиц с мифоманической конституцией. Возникает остро, как бы по «интуиции, вдохновению и озарению». Восприятие не нарушено, больной полностью ориентирован в месте и собственной личности.

*Сновидные эпилептические приступы* – сновидения с преобладанием красного цвета, сопровождающие или заменяющие (эквиваленты) ночной эпилептический припадок. Они всегда стереотипны, с видением угрожающих образов в виде чудовищ, химер и частей собственного тела. В дневное время подобные сноподобные состояния могут быть предвестником (аурой) припадка при височной эпилепсии, однако при этом все же преобладают явления дереализации, феномены «уже виденного» и «никогда не виденного», «насильственные» (не подавляемые усилием воли) фантастические представления.

## **Патологические формы активного воображения**

Главным признаком расстройств активного воображения является нарушение критичности к его продуктам и (или) их применению. Чаще всего в клинической практике врачу приходится сталкиваться с феноменом патологической лживости – так называемой *фантастической псевдологией* (*pseudologia phantastica*). Она выражается в том, что человек начинает искренне верить в созданные им самим фантазмы (фантастические идеи и образы). В современном понимании псевдология рассматривается в двух основных вариантах.

1. *Фантазмы психотические*, где воображаемое субъективно более устойчиво принимается за истину (например, как при *конфабуляциях*) и оно может переходить в целые сюжетные псевдологии и даже бредаподобные фантазии. Такие расстройства более характерны для различных органических заболеваний мозга с грубыми нарушениями памяти (прогрессивного паралича, сифилиса мозга, травм), также эпилепсии и шизофрении.

2. *Фантазмы непсихотические*, где псевдология является сочетанием двух видов фантазирования: «для себя» («бегство» в мир мечты от действительности) и «для других» (повышение собственной привлекательности), т.е. обладает свойствами как механизмов психологической защиты, так и свойствами «манипуляционных механизмов» другими людьми.

Непсихотические фантазмы как разновидность псевдологии особенно часто встречаются у лиц с истерическими психопатическими наклонностями и «мифоманической конституцией». При этом такой человек, как и всякий лгун, знает, что он лжет. Однако эта ложь патологическая – она отличается от обычной тем, что чаще всего бывает явно нецелесообразной, и больной понимает всю ее бесполезность, но противостоять своей потребности лгать не может. Псевдологии в отличие от обычных истерических психопатических личностей, более активны и в стремлениях воплотить в жизнь свои фантастические построения, поэтому они чаще вступают в конфликт с законом. Лживость при этом заслоняет у них все остальные личностные черты.

## **Речь**

По своему значению речь имеет полифункциональный характер. Для человека она является основным средством общения, средством мышления, носителем сознания и памяти, носителем информации (письменные тексты), средством управления поведением других людей и регуляции собственного поведения.

*Речь* – это процесс словесного общения, выражение какой-либо мысли.

*Язык* – это система условных знаков, с помощью которых передаются сочетания звуков, имеющие для людей определенный смысл и значение. Если в речи выражается

психология отдельно взятого человека, то в языке отражается психология целого народа, говорящего на данном языке. Связующим звеном между языком и речью является значение слова, которое выражается как в единицах языка, так и в единицах речи. Значение слова едино для всех людей, а его смысл может носить сугубо личностный характер. Речь возникла в процессе исторического развития вместе с мышлением, и она имеет для людей прежде всего коммуникативное, общественное значение. Однако к речи мы прибегаем не только тогда, когда нам нужно логично аргументировать свое отношение к разным жизненным проблемам, но и для повседневного общения, взаимодействия по поводу трудовой, учебной, игровой или иной деятельности. Потребность в совместной деятельности и приводит к необходимости в общении.

*Общение* – это обмен информацией, а язык есть система знаков. Мысли и переживания человека должны быть сначала превращены (закодированы) в устные (звуки) или письменные (буквы, изображения) знаки, чтобы передать их другим людям. Значение (смысл) мыслей и переживаний будет понятно людям, если они знают язык, на котором их передают. Общение между людьми осуществляется не только посредством языка, но и при помощи многих других знаков: научных символов (в математике, физике др.), знаков искусства (ноты в музыке, символы изобразительного искусства), морской сигнализации, знаков дорожного движения. Наука о знаках и знаковых системах (включая языковые знаковые системы) называется *семиотикой*.

Наиболее простой разновидностью устной речи является диалог.

*Диалог* – это речь, которая активно поддерживается собеседником и она «свернута», так как в ней многое подразумевается в силу знания и понимания ситуации партнером.

*Монологическая речь* – развернутая речь человека, обращенная к другим людям. Она требует от говорящего умения связно и последовательно излагать свои мысли, придавая им законченную форму. Монологическая речь кроме коммуникативной функции несет в себе и выраженную экспрессивную функцию. Сюда относятся мимика и жесты, паузы и интонации, которые подчеркивают отношение говорящего к содержанию разговора.

*Письменная речь* представляет собой разновидность монологической речи но, в отличие от монолога, строится при помощи письменных знаков.

В качестве самостоятельных основных видов выделяют экспрессивную и импрессиивную речь, которые имеют разное психологическое строение.

*Экспрессивная речь* (процесс высказывания – устная или письменная речь) начинается с замысла (план высказывания), затем проходит стадию внутренней речи, которая обладает «свернутым» характером, и наконец переходит в стадию развернутого внешнего высказывания – устного или письменного.

*Импрессиивная речь* (процесс понимания речевого высказывания – устного или письменного) начинается с восприятия сообщения через слух или зрение, затем проходит стадию декодирования (выделение единиц информации) и завершается формированием во внутренней речи схемы сообщения и его понимания.

*Внутренняя речь* недоступна прямому наблюдению и отличается свернутостью (в частности, опускаются многие члены предложения, происходит «выпадение» гласных звуков), она специально приспособлена к выполнению мыслительных операций и действий в уме.

## **Формирование речевой деятельности у детей**

Выделяют три главных критических периода в развитии речевой функции у детей.

*Первый критический период* (1–2-й год жизни), когда формируются предпосылки речи и складываются основы коммуникативного поведения, движущей силой которого является потребность в общении. Идет интенсивное развитие корковых речевых зон, в

частности зоны Брока, критическим периодом ее развития является возраст 14-18 месяцев. Любые неблагоприятные факторы, действующие в этот возрастной период, могут отразиться на речевом развитии ребенка.

*Второй критический период* (3 года), когда интенсивно развивается связанная речь. Раннимость психики в этот период (упрямство, негативизм и т.д.) могут влиять и на речевое развитие. Могут возникать заикание, мутизм как реакция протеста на завышенные требования взрослых. Заикание также может быть обусловлено и возрастной неравномерностью созревания отдельных звеньев речевой системы («эволютивное заикание»).

*Третий критический период* (5–7 лет) – начало развития письменной речи. Возрастает нагрузка на центральную нервную систему. При предъявлении повышенных требований также могут происходить «срывы» нервной деятельности с возникновением заикания. Критические периоды развития речи играют роль предрасполагающих условий, а в ряде случаев имеют и самостоятельную роль в формировании различных дисфункций речевой системы.

### **Жестовая речь**

В любом общении существуют различные неречевые средства, в частности жесты, которые дополняют или выражают отношение говорящего к содержанию сообщения. Особая роль использования жестов в искусстве – пантомима, опера, драма и др. Особо важное значение жестовая речь приобретает у людей с дефектами слуха. Система жестового общения глухих имеет сложную структуру и включает две разновидности жестовой речи – разговорную и калькирующую.

Разговорная жестовая речь глухих совершенно самостоятельная система. Долгое время не удавалось создать лингвистического описания разговорного жестового языка, так как традиционная лингвистика оперирует понятиями «часть речи», «существительное», «глагол», а в разговорной жестовой речи глухонемых нет возможности выделить эти элементы. Жест не звучит, но он имеет свою конфигурацию, пространственное положение и движение, передающие все особенности и оттенки сообщений собеседнику. Состав и количество жестов разговорной жестовой речи очень велико, порой складываются системы общения, которой пользуются только в данной конкретной семье.

Калькирующая жестовая речь имеет иное строение. Жесты здесь являются эквивалентами слов, а порядок их следования такой же, как в обычном предложении. Ею ребенок овладевает в процессе специального обучения, и она становится основным средством общения глухих со слышащими. В калькирующей жестовой речи жесты сопровождают устную речь говорящего. Глухие собеседники чаще всего произносят слова без голоса. Каждое слово, как и отдельные буквы, здесь сопровождаются своим жестовым эквивалентом. Например, дактильный (греч. *daktylos* – палец) русский алфавит составлен из жестов одной руки, а английская дактилология – двуручная. Используются специальные дактильные алфавиты и для слепоглухих. В их основе лежат национальные дактильные азбуки. Рука слепоглухого накладывается на руку говорящего, и он «считывает» дактильную речь. Существует и международный дактильный алфавит для слепоглухих.

### **Нарушения речи**

Нарушения речи могут возникать как вследствие врожденного недоразвития всех или отдельных звеньев речевой системы, так и при различных заболеваниях, особенно при поражении речевых зон коры головного мозга.

При ряде психических заболеваний у заболевшего исчезает инициатива в вербальном общении – больной ведет себя пассивно, отвечает кратко, незаинтересованно (от-

веты типа «да», «нет») или отказными понятиями («не помаяю», «не знаю»), что порой ошибочно трактуется как нарушения памяти и интеллекта. Угасание потребности в общении является одним из главных проявлений аутизма. Реже встречается противоположное состояние – многоречивость, но также с отсутствием заинтересованности в собеседнике. Главный признак здесь – монологичность речи, исчезновение диалогичности. Такое обезличенное общение часто называют «аутизмом наоборот, наизнанку».

## Расстройства фонационного оформления речи

**1. Дисфония** (афония) – отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Патология голоса может возникать при различных заболеваниях: хронических ларингитах, парезах и параличах гортани; нарушения тону́са и подвижности голосовых связок гортани могут носить также функциональный характер (фонастения у лиц голосоречевых профессий, психогенная афония при неврозах). Полностью лишает голоса удаление (экстирпация) гортани по поводу злокачественной опухоли.

**2. Брадилалия** (брадифразия) и **тахилалия** (тахифразия) – патологически замедленный или патологически ускоренный темп речи. Эти расстройства связаны с центрально-обусловленными нарушениями реализации речевой программы (органическими или функциональными по своей природе).

При *брадилалии* звуки и слова сменяют друг друга в более замедленном темпе, хотя и произносятся правильно (при нормальном темпе речи обычно произносятся 10–12 звуков в секунду). Если слоги разделяются между собой короткими паузами, то речь становится скандированной. При брадилалии голос обычно монотонный, теряет свою модуляцию. Лицо амимичное, все движения замедленные и вялые. Замедленность отмечается также в сфере мышления, в переключении внимания.

При *тахилалии* может произноситься 20–30 звуков без резких искажений фонетики. При торопливости могут появляться расстройства речевого внимания, запинки, повторения, неясность произношения фраз, но при привлечении внимания происходит быстрое восстановление равновесия между внутренней и внешней речью. Лицам с тахилалией свойственна и общая моторная гиперактивность. Моторное беспокойство отмечается даже во время сна (дети мечутся в постели).

**3. Заикание** – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную (логоневроз) природу, возникает чаще в ходе речевого развития ребенка. К физиологическим (биологическим) симптомам заикания относятся речевые судороги, нарушения центральной нервной системы и физического здоровья, общей и речевой моторики. К психологическим (социальным) – речевые запинки и другие нарушения экспрессивной речи, феномен фиксированности на дефекте, логофобии, уловки и другие психологические особенности.

Главным внешним симптомом заикания являются речевые судороги. Их длительность в средних случаях составляет от 0,2 до 13 секунд, в тяжелых – до 90 секунд. При тонических судорогах имеет место короткое толчкообразное или длительное спазматическое сокращение мышц – тонус: «т-ополь» (черта после буквы означает судорожную паузу при произношении слова). При клонических судорогах наблюдается ритмическое повторение одних и тех же судорожных движений – клонус: «то–то–ноль». Могут наблюдаться не только клонические и тонические, но и смешанные (клонико-тонические) формы заикания.

**4. Дислалия** (косноязычие) – нарушение, недостатки звукопроизношения фонем при формально нормальном слухе и сохраненной иннервации речевого аппарата.

В основе *акустико-фонематической дислалии* лежат недостатки в процессе узнавания и различения входящих в состав слова фонем (фонематических слух). Ребенок не распознает тот или иной акустический признак сложного звука (гора – «кора», жук – «щук», рыба – «лыба»). Все это мешает правильно воспринимать речь как самому говорящему, так и слушающему.

При *артикуляторно-фонематической дислалии* фонематический слух у ребенка сформирован полностью, но имеют место нарушения в моторном звене производства речи. При этом может быть не полностью сформирована артикуляторная база некоторых звуков, что приводит к замене нужного звука другим, более простым по артикуляции. В других случаях, что бывает наиболее часто, артикуляционная база сформирована, но принимается неправильное решение об использовании звука, вследствие чего звуковой облик слова становится неустойчивым (ребенок может произносить слова правильно и неправильно).

При *артикуляторно-фонетической дислалии* дефекты звуков обусловлены неправильно сформировавшимися артикуляторными позициями. Чаще всего в этих случаях неправильный звук по своему акустическому эффекту близок к правильному и окружающими распознается.

Для обозначения искаженного произношения звуков используются международные термины, образованные от названий букв греческого алфавита с помощью суффикса «изм»: ротацизм – дефект произношения «р», ламбдацизм – «л», гаммацизм – «г», хитизм – «х», каппацизм – «к», сигматизм – свистящих и шипящих звуков и др.

**5. Ринолалия** (гнусавость) – нарушение тембра голоса и звукопроизношения из-за анатомо-физиологических дефектов речевого аппарата (расщелины неба, нарушения резонансных свойств полостей носа и др.).

**6. Дизартрия** (косноязычие) – нарушение произношения без расстройства восприятия устной речи, чтения и письма, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата (паралич или парез речедвигательных мышц, что нередко встречается при детском церебральном параличе). Основными ее признаками являются дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушениями речевой, прежде всего артикуляционной, моторики и речевого дыхания. Тонус речевой мускулатуры может быть как патологически повышенным, так и сниженным.

## **Расстройства структурно-семантического (внутреннего) оформления речи**

**1. Алалия** (дисфазия, слухонемота) – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Встречается примерно у 1% дошкольников (0,1% всего населения), чаще у мальчиков.

При моторной алалии нарушено произношение слов, родители таких детей характеризуют их как понимающих, но не желающих говорить. При сенсорной алалии нарушено понимание речи – ребенок слышит, но не понимает слов. Часто при этом он довольно болтлив (повышенная речевая активность) и слышимые слова проговаривает по несколько раз как эхо (эхолалия), но смысла их он не улавливает.

**2. Афазия** (утрата речи) – полная или частичная утрата речи (после того, как она уже была сформирована), обусловленная локальными поражениями головного мозга в результате травм головы, нейроинфекций и опухолей мозга. До 3 лет, пока речь еще не сформирована, диагностика афазии невозможна. У взрослых афазия возникает примерно в трети случаев нарушений мозгового кровообращения, причем здесь наиболее часто наблюдается моторная афазия. У детей афазия возникает реже, как результат травмы головы, опухоли мозга или осложнения после инфекционной болезни.

## Нарушения письменной речи

Современные исследования показывают, что чтение и письмо представляют собой сложную, многоуровневую форму речевой деятельности и в ней принимают участие и взаимодействуют различные анализаторы. В основе нарушений речи и письма могут лежать нарушения различных звеньев этой функциональной системы.

Для обозначения нарушений чтения используется термин «дислексия», письма – «дисграфия», а полную несформированность навыков чтения и письма обозначают соответственно как «алексия» и «аграфия».

**1. Дислексия** – частичное специфическое нарушение процесса чтения. Проявляется в затруднениях опознания и узнавания букв, в затруднениях слияния букв в слоги и слогов в слова, что приводит к неправильному воспроизведению звуковой формы слова, искажению понимания прочитанного. Дислексия встречается у 3% детей начальных классов массовой школы, чаще у мальчиков.

По проявлениям обычно выделяют два вида дислексии (аграфий): вербальная и литеральная. При *вербальной (аграфической) дислексии* нарушено понимание смысла фраз и отдельных слов, а при *литеральной (агностической) дислексии* нарушено узнавание отдельных букв, цифр и других знаков.

**2. Дисграфия** – частичное специфическое нарушение процесса письма. Письмо тесно связано с процессом устной речи и осуществляется только на основе достаточно высокого уровня ее развития. Процесс письма взрослого человека является автоматизированным и отличается от характера письма ребенка овладевающего этим навыком.

При *амнестической (чистой) дисграфии* наибольшие трудности возникают при спонтанном письме и письме под диктовку, в то время как списывание остается относительно сохранным. Характерным является затруднение нахождения графемы, соответствующей заданной фонеме – графический образ как бы забывается, отчуждается от своего фонематического значения. При *апрактической аграфии* больные не могут взять правильно ручку или карандаш и придать руке нужное для письма положение. В силу этого рисунок буквы искажается, зеркален или нарушены его пропорции. Нарушения сохраняются при всех видах письма, в том числе и при копировании.

Психолого-педагогическая коррекция дислексии и дисграфии развития осуществляется приемами, направленными на совершенствование зрительного слухового гнозиса, мнезиса, пространственных представлений и их речевых обозначений. Большое внимание уделяется сравнению смешиваемых букв с максимальным использованием различных анализаторов.

## Практическая часть

**Методика «Индивидуальные стили мышления» (А. Алексеева, Л. Громовой)**

**Цель:** определение предпочитаемого способа мышления, а также манеры задавать вопросы и принимать решения.

**Инструкция:** среди предлагаемых на выбор ответов нет правильных или неправильных. Максимум полезной информации вы получите в том случае, если будете как можно точнее сообщать об особенностях вашего реального мышления, а не о том, как, по-вашему, следовало бы мыслить.

Каждый пункт данного опросника состоит из утверждения, за которым следуют пять его возможных окончаний. Ваша задача – указать ту степень, в которой каждое окончание применимо к вам. На опроснике в квадратах справа от каждого окончания проставьте номера – 5, 4, 3, 2 или 1, указывающие на ту степень, в которой данное окончание применимо к вам: от 5 (более всего подходит) до 1 (менее всего подходит). Каждый номер (балл) должен быть использован только один раз. Каждое из пяти окончаний в группе должно получить номер.

### *Пример*

Когда я читаю книгу по специальности, я обращаю внимание главным образом на:

- 1) качество изложения, стиль;
- 2) основные идеи книги;
- 3) композицию и оформление книги;
- 4) логику и аргументацию автора;
- 5) выводы, которые можно сделать из книги.

Если вы уверены, что поняли приведенную выше инструкцию, продолжайте работать дальше.

**А.** Когда между людьми имеет место конфликт на почве идей, я отдаю предпочтение той стороне, которая:

- 1) устанавливает, определяет конфликт и пытается выразить его открыто;
- 2) лучше всех выражает затрагиваемые ценности и идеалы;
- 3) лучше всех отражает мои личные взгляды и опыт;
- 4) подходит к ситуации наиболее логично и последовательно;
- 5) излагает аргументы наиболее кратко и убедительно.

**Б.** Когда я начинаю работать над проектом в составе группы, самое важное для меня:

- 1) понять цели и значение этого проекта;
- 2) раскрыть цели и ценности участников рабочей группы;
- 3) определить, как мы собираемся разрабатывать данный проект;
- 4) понять, какую выгоду этот проект может принести для нашей группы;
- 5) чтобы работа над проектом была организована и сдвинулась с места.

**В.** Вообще говоря, я усваиваю новые идеи лучше всего, когда могу:

- 1) связывать их с текущими или будущими занятиями;
- 2) применять их к конкретным ситуациям;
- 3) сосредоточиться на них и тщательно их проанализировать;
- 4) понять, насколько они сходны с привычными идеями;
- 5) противопоставить их с другими идеями.

**Г.** Для меня графики, схемы, чертежи в книгах или статьях обычно:

- 1) полезнее текста, если они точны;
- 2) полезны, если они ясно показывают важные факты;
- 3) полезны, если они поднимают вопросы по тексту;
- 4) полезны, если они подкрепляются и поясняются текстом;
- 5) не более и не менее полезны, чем другие материалы.

**Д.** Если бы мне предложили провести какое-то исследование, я, вероятно, начал бы с...

- 1) попытки определить его место в более широком контексте;
- 2) определения того, смогу ли я выполнить его в одиночку мне потребуется помощь;
- 3) размышлений и предложений о возможных результатах;
- 4) решения о том, следует ли вообще проводить это исследование;
- 5) попытки сформулировать проблему как можно полнее и точнее.

**Е.** Если бы мне пришлось собирать от членов какой-то организации информацию, касающуюся ее насущных проблем, я предпочел бы:

- 1) встретиться с ними индивидуально и задать каждому конкретные вопросы;
- 2) провести общее собрание и попросить их высказать свои мнения;
- 3) опросить их небольшими группами, задавая общие вопросы;
- 4) встретиться неофициально с влиятельными лицами и выяснить их взгляды;
- 5) попросить членов организации предоставить мне (желательно в письменной форме) всю относящуюся к делу информацию, которой они располагают.

- Ж** Вероятно, я буду считать что-то правильным, истинным, если это «что-то»:
- 1) выстояло против оппозиций, выдержало сопротивление противоположных подходов;
  - 2) согласуется с другими вещами, которым я верю;
  - 3) было подтверждено на практике;
  - 4) поддается логическому и научному доказательству;
  - 5) можно проверить лично на доступных наблюдению фактах.
- З.** Когда я на досуге читаю журнальную статью, она будет скорее всего:
- 1) о том, как кому-то удалось решить личную или социальную проблему;
  - 2) посвящена дискуссионному или социальному вопросу;
  - 3) сообщением о научном или историческом исследовании;
  - 4) об интересном, забавном человеке или событии;
  - 5) точном, без доли вымысла, сообщении о чьем-то интересном жизненном опыте.
- И.** Когда я читаю отчет о работе, я обращаю внимание на...
- 1) близость выводов к моему личному опыту;
  - 2) возможность выполнения данных рекомендаций;
  - 3) надежность и обоснованность результатов фактическими данными;
  - 4) понимание автором целей и задач работы;
  - 5) интерпретацию данных.
- К.** Когда передо мной поставлена задача, первое, что я хочу узнать – это:
- 1) каков наилучший метод для решения этой задачи;
  - 2) кому и когда нужно, чтобы эта задача была решена;
  - 3) почему эту задачу стоит решить;
  - 4) какое влияние решение может иметь на другие задачи, которые приходится решать;
  - 5) какова прямая, немедленная выгода от решения данной задачи.
- Л.** Обычно я узнаю максимум о том, как следует делать что-то новое, благодаря тому что:
- 1) уясняю для себя, как это связано с чем-то другим, что мне хорошо знакомо;
  - 2) принимаюсь за дело как можно раньше;
  - 3) выслушиваю различные точки зрения по поводу того, как это сделать;
  - 4) есть кто-то, кто показывает мне, как это сделать;
  - 5) тщательно анализирую, как это сделать наилучшим образом.
- М.** Если бы мне пришлось проходить испытания или сдавать экзамен, я предпочел бы:
- 1) набор объективных, проблемно-ориентированных вопросов по предмету;
  - 2) дискуссию с теми, кто также проходит испытания;
  - 3) устное изложение и показ того, что я знаю;
  - 4) сообщение в свободной форме о том, как я примерил то, чему научился.
  - 5) письменный отчет, охватывающий историю вопроса, теорию и метод.
- Н.** Люди, особые качества которых я уважаю больше всего, это – вероятно,...
- 1) выдающиеся философы и ученые;
  - 2) писатели и учителя;
  - 3) лидеры политических и деловых кругов;
  - 4) экономисты и инженеры;
  - 5) фермеры и журналисты.
- О.** Вообще говоря, я нахожу теорию полезной, если она...
- 1) кажется родственной тем другим теориям и идеям, которые я уже усвоил;
  - 2) объясняет вещи новым для меня образом;
  - 3) способна систематически объяснить множество связанных ситуаций;
  - 4) служит прояснению моего личного опыта и наблюдений;
  - 5) имеет конкретное практическое приложение.

**П.** Когда я читаю книгу (статью), выходящую за рамки моей непосредственной деятельности, я делаю это главным образом из-за...

- 1) заинтересованности в совершенствовании своих профессиональных знаний;
- 2) указания со стороны уважаемого мной человека на возможную ее полезность;
- 3) желая расширить свою общую эрудицию;
- 4) желая выйти за пределы собственной деятельности для разнообразия;
- 5) стремления узнать больше об определенном предмете.

**Р.** Когда я читаю статью по дискуссионному вопросу, то предпочитаю, чтобы в ней:

- 1) показывались преимущества для меня, в зависимости от выбираемой точки зрения;
- 2) излагались все факты в ходе дискуссии;
- 3) логично и последовательно обрисовывались затрагиваемые спорные вопросы;
- 4) определялись ценности, которые использует автор;
- 5) ярко освещались обе стороны спорного вопроса и сущность конфликта.

**С.** Когда я впервые подхожу к какой-то технической проблеме, я скорее всего буду:

- 1) пытаться связать ее с более широкой проблемой или теорией;
- 2) искать пути и способы решить эту проблему;
- 3) обдумывать альтернативные способы ее решения;
- 4) искать способы, которыми другие, возможно, уже решили эту проблему;
- 5) пытаться найти самую лучшую процедуру для ее решения.

**Т.** Вообще говоря, я более всего склонен к тому, чтобы:

- 1) находить уже существующие методы, которые работают, и использовать их как можно лучше;
- 2) ломать голову над тем, как разнородные методы могли бы работать вместе;
- 3) открывать новые и более совершенные методы;
- 4) находить способы заставить существующие методы работать лучше и по-новому;
- 5) разбираться в том, как и почему существующие методы должны работать.

А теперь, пожалуйста, перенесите ваши ответы в соответствующие квадратики на бланке дешифратора и суммируйте баллы сначала по строкам, а затем – по столбцам, следуя указаниям на этом бланке.

Перепишите ваши оценки в пять пустых квадратов, расположенных ниже.

Итак, самая трудная работа позади. Теперь необходимо оценить полученные результаты и дать им содержательную интерпретацию.

Но прежде – проверьте качество своей работы. Пять ваших оценок, записанных в обозначенных буквами квадратах (С, И, П, А, Р) нижней части бланка-дешифратора, в сумме должны составить 270 баллов.

В ином случае вам придется проверить свою «бухгалтерию»: сначала – по вертикали, а затем, в случае необходимости, и по горизонтали. Если и это не поможет найти ошибку, остается одно – проверить правильность ваших ответов (в смысле соблюдения инструкции) на каждый пункт опросника. Так или иначе, нужно добиться выполнения условия «С + И + П + А + Р = 270».

Как вы уже, наверное, догадались, буквы есть не что иное, как начальные буквы названий стилей мышления.

С – синтетический стиль

И – идеалистический стиль

П – прагматический стиль

А – аналитический стиль

Р – реалистический стиль

**Синтетический стиль** мышления проявляется в том, чтобы создавать что-то новое, оригинальное, комбинировать несходные, часто противоположные идеи, взгляды, осуществлять мысленные эксперименты. Девиз Синтезатора – «Что если...». Синтеза-

торы стремятся создать по возможности более широкую, обобщенную концепцию, позволяющую объединить разные подходы, «снять» противоречия, примирить противоположные позиции. Это теоретизированный стиль мышления, такие люди любят формулировать теории и свои выводы строят на основе теорий, любят замечать противоречия в чужих рассуждениях и обращать на это внимание окружающих людей, любят заострить противоречие и попытаться найти принципиально новое решение, интегрирующее противоположные взгляды, они склонны видеть мир постоянно меняющимся и любят перемены, часто ради самих перемен.

**Идеалистический стиль** мышления проявляется в склонности к интуитивным, глобальным оценкам без осуществления детального анализа проблем. Особенность Идеалистов – повышенный интерес к целям, потребностям, человеческим ценностям, нравственным проблемам; они учитывают в своих решениях субъективные и социальные факторы, стремятся сглаживать противоречия и акцентировать сходство в различных позициях, легко, без внутреннего сопротивления воспринимают разнообразные идеи и предложения, успешно решают такие проблемы, где важными факторами являются эмоции, чувства, оценки и прочие субъективные моменты, порой утопически стремясь всех и все примирить, объединить. «Куда мы идем и почему?» – классический вопрос Идеалистов.

**Прагматический стиль** мышления опирается на непосредственный личный опыт, на использование тех материалов и информации, которые легко доступны, стремясь как можно быстрее получить конкретный результат (пусть и ограниченный), практический выигрыш. Девиз Прагматиков: «Что-нибудь да сработает», «Годится все, что работает». Поведение Прагматиков может казаться поверхностным, беспорядочным, но они придерживаются установки: события в этом мире происходят несогласованно, и все зависит от случайных обстоятельств, поэтому в непредсказуемом мире надо просто пробовать: «Сегодня сделаем так, а там посмотрим...» Прагматики хорошо чувствуют конъюнктуру, спрос и предложение, успешно определяют тактику поведения, используя свою пользу сложившиеся обстоятельства, проявляя гибкость и адаптивность.

**Аналитический стиль** мышления ориентирован на систематическое и всестороннее рассмотрение вопроса или проблемы в тех аспектах, которые задаются объективными критериями, склонен к логической, методичной, тщательной (с акцентом на детали) манере решения проблем. Прежде чем принять решение, аналитики разрабатывают подробный план и стараются собрать как можно больше информации, объективных фактов, используя и глубокие теории. Они воспринимают мир логичным, рациональным, упорядоченным и предсказуемым, поэтому склонны искать формулу, метод или систему, способную дать решение той или иной проблемы и поддающуюся рациональному обоснованию.

**Реалистический стиль** мышления ориентирован только на признание фактов, и «реальным» является только то, что можно непосредственно почувствовать, лично увидеть или услышать, прикоснуться и т. п. Реалистическое мышление характеризуется конкретностью и установкой на исправление, коррекцию ситуаций в целях достижения определенного результата. Проблема для Реалистов возникает всякий раз, когда они видят, что нечто является неправильным и хотят это нечто исправить.

Таким образом, можно отметить, что индивидуальный стиль мышления влияет на способы решения проблем, на способы поведения, на личностные особенности человека.

Если вы набрали от 60 до 65 баллов в качестве оценки любого стиля мышления, это означает, что вы отдаете умеренное предпочтение этому стилю (или стилям). Иначе говоря, при прочих равных условиях вы будете предрасположены использовать этот стиль (или стили) больше (или чаще) других.

Если вы набрали от 66 до 71 баллов, значит, вы оказываете сильное предпочтение такому стилю (или стилям) мышления.

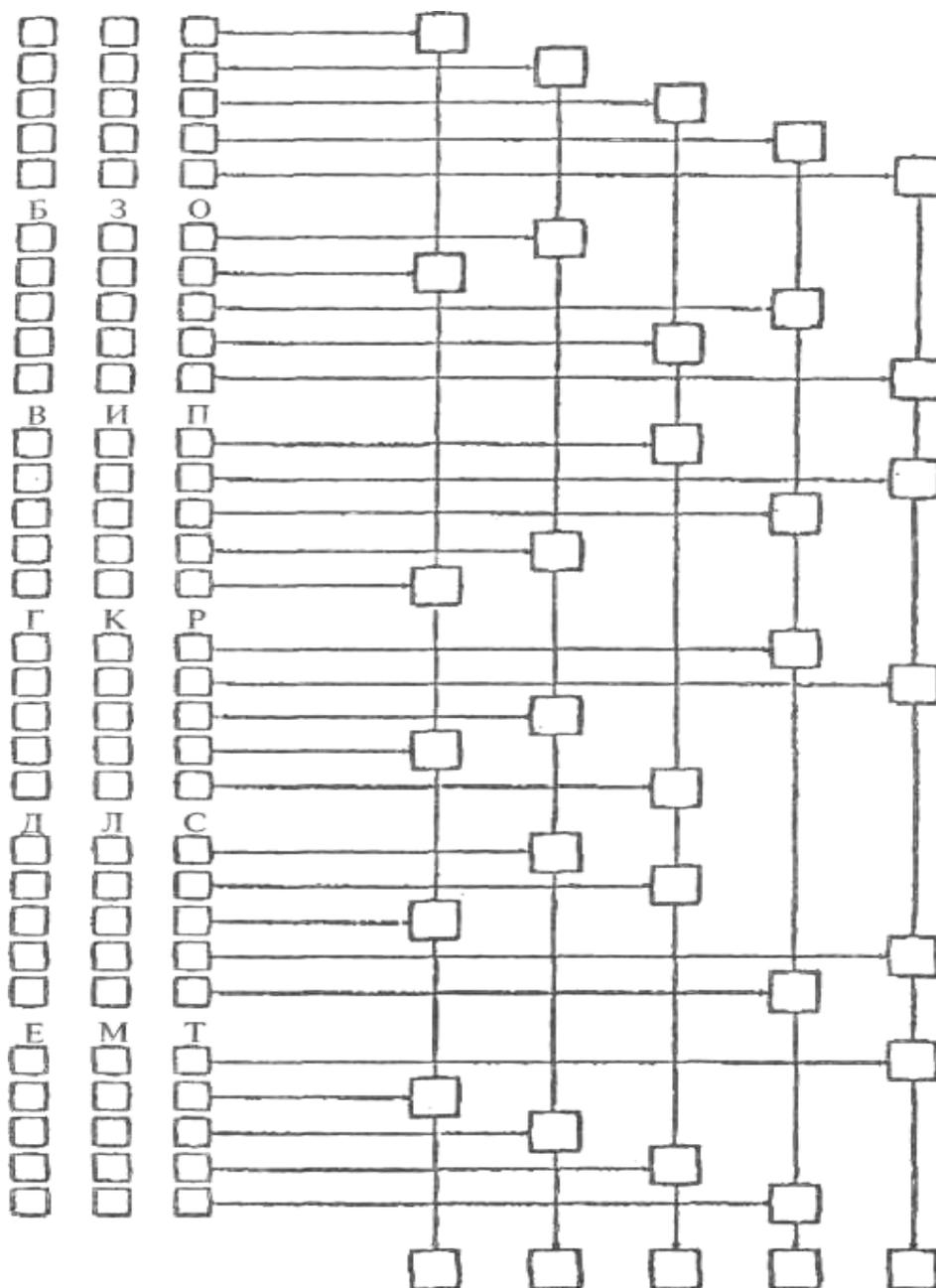
Вероятно, вы пользуетесь данным стилем систематически, последовательно и в большинстве ситуаций.

Если же ваша оценка по какому-то стилю составила 72 балла и больше, тогда у вас очень сильное предпочтение этого стиля мышления. Фактически вы ему преданы.

Теперь, если вы получите одну или несколько высоких оценок по каким-то стилям мышления, у вас непременно окажется одна или даже несколько низких оценок по другим стилям. Тогда, если ваша оценка по какому-либо стилю находится в пределах от 43 до 48 баллов, для вас характерно умеренное пренебрежение этим стилем мышления. То есть при прочих равных условиях, вы, по возможности, будете избегать его при решении значимых для вас проблем.

Если вы набрали от 37 до 42 баллов – у вас, скорее всего, стойкое игнорирование такого стиля мышления. Наконец, если ваша оценка равна 36 баллам или меньше, этот стиль вам абсолютно чужд, вы, вероятно, не пользуетесь им практически нигде и никогда, даже если он является лучшим подходом к проблеме при данных обстоятельствах.

### БЛАНК-ДЕШИФРАТОР



## Тестовые задания

1. Мышление включает следующие операции, кроме:
  - а) анализа;
  - б) абстракции;
  - в) разделения;
  - г) обобщения.
2. Особенности, препятствующими творческому мышлению, являются указанные, кроме:
  - а) склонности к конформизму;
  - б) способности видеть объект под новым углом зрения;
  - в) ригидности мышления;
  - г) внутренней цензуры.
3. Наиболее тесно мышление связано со следующими психическими процессами:
  - а) эмоции
  - б) воображение
  - в) воля
  - г) речь
  - д) внимание
4. К операциям мышления относятся:
  - а) анализ
  - б) ретенция (сохранение)
  - в) обобщение
  - г) воспроизведение
  - д) абстракция
  - е) конкретизация
5. Операция процесса мышления, которая требует умения выделить существенные признаки предметов:
  - а) Обобщение
  - б) Абстрагирование
  - в) Классификации
  - г) Умозаключение
6. К нарушениям подвижности мышления относятся:
  - а) Ускоренное мышление
  - б) Обстоятельное мышление
  - в) Вязкое мышление
  - г) Замедленное мышление
  - д) Детализированное мышление
7. Паралогическое мышление это:
  - а) Полное отсутствие логической связи между ассоциациями
  - б) Нарушение образования логических связей между ассоциациями
  - в) Цель рассуждения «ускользает» от большого, что приводит к «рассуждательству» по несущественному поводу, пустословие
8. Вид мышления, который характеризуется опорой на представления, т.е. вторичные образы предметов и явлений действительности, а также оперирует наглядными изображениями объектов:
  - а) Наглядно-действенное
  - б) Наглядно-образное
  - в) Абстрактно-логическое

9. Опора в мышлении на латентные признаки, выявленная при проведении методики «пиктограммы» указывает на наличие:

- 1) шизофренического симптомокомплекса
- 2) невротического симптомокомплекса
- 3) психопатического симптомокомплекса
- 4) органического симптомокомплекса
- 5) олигофренического симптомокомплекса

10. Продолжительное и необратимое нарушение любой психической функции, общего развития психических способностей или характерного образа мышления, ощущения и поведения, составляющего отдельную личность называется:

- 1) маразмом
- 2) олигофренией
- 3) дефектом
- 4) деменцией
- 5) деградацией личности

11. Бесплодное, бесцельное основанное на нарушении мышления мудрствование называется:

- 1) демагогией
- 2) краснобайством
- 3) амбивалентностью
- 4) аутистическим мышлением
- 5) резонерством

12. При интраверсии в отличие от аутизма, как правило, отмечается:

- 1) критичность к собственной замкнутости
- 2) менее выраженная замкнутость
- 3) отсутствие галлюцинаций
- 4) отсутствие бредовых идей
- 5) нескритичность к собственной замкнутости

13. Умозаключение относится к:

- 1) мыслительным операциям
- 2) мыслительным процессам
- 3) мыслительным факторам
- 4) мыслительным видам
- 5) мыслительным механизмам

14. Снижение уровня обобщений и искажение процесса обобщения относят к:

- 1) нарушениям динамики мыслительных процессов
- 2) нарушениям операционной стороны мышления
- 3) нарушениям личностного компонента мышления
- 4) нарушениям процесса внешней опосредованности познавательной деятельности
- 5) нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности

15. Расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли, представления называется:

- 1) инертностью
- 2) резонерством
- 3) персеверацией
- 4) соскальзыванием
- 5) разноплановостью

16. Логофобия встречается при:

- 1) шизофрении
- 2) сахарном диабете

- 3) заикании
- 4) гиперкинетическом синдроме
- 5) аутизме

17. Эмоционально-волевые расстройства, нарушения структуры и иерархии мотивов, неадекватность самооценки и уровня притязаний, нарушение мышления в виде «относительного аффективного слабоумия», нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт входят в структуру:

- 1) шизофренического симптомокомплекса
- 2) невротического симптомокомплекса
- 3) психопатического симптомокомплекса
- 4) органического симптомокомплекса
- 5) олигофренического симптомокомплекса

18. Канцерофобия – это:

- 1) навязчивый страх заболеть раком
- 2) навязчивый страх заболеть любым онкологическим заболеванием
- 3) сверхценная идея о наличии у человека раковой опухоли
- 4) бредовая идея о наличии у человека раковой опухоли
- 5) доминирующая идея о наличии у человека раковой опухоли

19. Плацебо-эффект связанный с:

- 1) параметрами лекарственного вещества
- 2) психологической установкой
- 3) длительностью предъявления раздражителя
- 4) наркотической зависимостью
- 5) фактором неожиданности

20. Ятрогенными заболеваниями называются заболевания:

- а) вызванные патологическими формами воображения
- б) возникающие под влиянием неосторожного слова врача
- в) возникающие при недоразвитии речевой системы
- г) возникающие при нарушениях динамики мыслительной деятельности

## Ответы

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
<b>1</b>	3	<b>6</b>	2,3,5	<b>11</b>	5	<b>16</b>	3
<b>2</b>	2	<b>7</b>	2	<b>12</b>	1	<b>17</b>	3
<b>3</b>	2,4	<b>8</b>	2	<b>13</b>	2	<b>18</b>	1
<b>4</b>	1,3,5,6	<b>9</b>	1	<b>14</b>	2	<b>19</b>	2
<b>5</b>	3	<b>10</b>	3	<b>15</b>	3	<b>20</b>	2

## Тема занятия №5. Эмоциональные психические процессы. Эмоции чувства

---

**Место проведения:** аудитория

**Продолжительность:** 2 часа

**Цели занятия:**

1. Определение и общая характеристика эмоций.
2. Изучение основных свойств и функции эмоций.
3. Изучение патологий эмоциональной сферы.

**Студент должен знать:**

1. Определение понятия «эмоция»
2. Классификации эмоций
3. Функции эмоций
4. Проявления эмоциональных свойств
5. Патологию эмоциональной сферы.

**Студент должен уметь:**

1. Классифицировать эмоциональные состояния.
2. Владеть способами снижения эмоциональной напряженности.
3. Классифицировать индивидуально-психологические особенности проявлений эмоций и чувств.

**Темы проектов, рефератов:**

1. Эмоции и их роль в жизни человека.
2. Изучение эмоциональных отношений больных к своему заболеванию.
3. Индивидуально-психологические особенности проявлений эмоций и чувств.
4. Патология эмоциональной сферы.
5. Развитие эмоций в онтогенезе.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

1. Сидоров, А.В. Парняков. Б.Д. Клиническая психология. – 2008.
2. Блейхер В.М. Клиническая психопатология. – Ташкент, 1976.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 1976.
4. Петренко Л.В. Нарушение высших форм памяти. – М., 1976.
5. Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М., 1990.
6. Лакосина Н.Р., Ушаков Г.К. Учебное пособие по медицинской психологии. – Л., 1976.
7. Медицинская психология: новейший справочник практического психолога / сост. С.Л. Соловьева. – М.: 2006.
8. Лакосина Н.Д. Клиническая психология. Учеб. для студентов медицинских вузов. – М.: МЕД пресс-информ, 2003.
9. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. – 2002.
10. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: в 2т. – Т.1. – М., 1989.

**Дополнительная литература:**

1. Современная психология: справочное руководство. – М.: ИНФРА-М, 1999.
2. Психология. Учебник для гуманитарных вузов / Под общей ред. В.Н. Дружинина. – СПб.: Питер, 2001.
3. Психология: Учебник для студентов высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. Кн.1. общие основы психологии. – 3-е издание. – М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 1997.
4. Вилюнас В.К. психология эмоциональных состояний. – М.: Изд-во МГУ, 1976.

5. Изард К.Е. Психология эмоций. – СПб.: Питер, 1999.
6. Психология эмоций. Тексты / Под ред. В. Вилюнаса. – М.: Изд-во МГУ, 1984.

#### **Исходный уровень контроля знаний:**

1. Что изучает наука психология?
2. Что является предметом и объектом психологии?
3. Основные формы психических явлений.
4. Какие вы знаете психические процессы и состояния личности?
5. Назовите, какие вы знаете органы чувств?

#### **Основные вопросы темы:**

1. Характеристика эмоций
2. Основные теории эмоций.
3. Функции эмоций.
4. Основные компоненты эмоций
5. Классификация эмоций
6. Эмоциональные феномены
7. Снятие эмоционального напряжения
8. Патология эмоциональной сферы

#### **Итоговый контроль уровня знаний:**

1. Дайте основную характеристику эмоций.
2. Какие вы знаете основные теории эмоций.
3. Чем обусловлено возникновение эмоций в периферической теории Джеймса-Ланге?
4. В чем заключается различия в теориях эмоций Джеймса-Ланге и Кеннона-Барда?
5. Какие вы знаете функции эмоций?
6. В чем состоит регулирующая функция эмоций?
7. Перечислите основные компоненты эмоций.
8. Что относится к внутренним проявлениям эмоций.
9. Авторы классификаций эмоций.
10. О каких трех основных переменных идет речь в классификации, разработанной Симоновым?
11. В чем разница эмоционального состояния и эмоциональной реакции?
12. Виды чувств?
13. Какие проявления эмоциональных свойств вам знакомы?
14. Дайте определение понятию «эмпатия»? Какова ее роль в деятельности медицинского работника?
15. Какие способы снятия эмоционального напряжения вам знакомы?

## **Содержательная часть**

*Эмоции и чувства* – процесс отражения субъективного отношения человека к объектам и явлениям окружающего мира, другим людям и самому себе в форме непосредственного переживания. Эмоции выражают состояние субъекта и его отношение к объекту. Эмоции отличаются от познавательных психических процессов и имеют определенные отличительные признаки.

Во-первых, они характеризуются *полярностью*, то есть обладают положительным или отрицательным знаком: веселье – грусть, радость – печаль; счастье – горе и т.д. В сложных человеческих чувствах эти полюсы часто выступают как противоречивое единство (любовь к человеку сочетается с тоской и беспокойством за него).

Второй отличительной характеристикой эмоций является их *энергетическая насыщенность*. Именно в связи с эмоциями Фрейд ввел в психологию понятие энергии.

Энергетика эмоций проявляется в противоположностях напряжения и разрядки. Различают эмоции:

- стенические, характеризующиеся повышением активности (восторг, гнев);
- астенические, – сопровождающиеся понижением активности (грусть, печаль).

Еще одной важнейшей характеристикой эмоций является их **интегральность, целостность**: в эмоциональном переживании участвуют все психофизиологические системы человека и его личность, они моментально охватывают весь организм и придают переживаниям человека определенную окраску. Поэтому индикаторами эмоционального состояния могут служить **психофизиологические изменения**: сдвиги частоты пульса, дыхания, температуры тела, кожно-гальваническая реакция и пр. (Например, английские психофизиологи регистрировали изменения КГР у испытуемых в процессе воспоминания ими воздушных налетов на Лондон).

Наконец, необходимо отметить еще одну особенность эмоций – **неотделимость** их от других психических процессов. Эмоции взаимосвязаны с психической жизнью, они сопровождают все психические процессы. В ощущениях они выступают как эмоциональный тон ощущений (приятное – неприятное), в мышлении – как интеллектуальные чувства (вдохновение, интерес и пр.).

Эмоции не являются познавательным процессом в собственном смысле этого слова, так как не отражают свойства и характеристики внешней среды, в них отражается субъективная значимость объекта для человека.

## Основные теории эмоций

### Периферическая теория эмоций Джеймса-Ланге

Согласно этой теории, эмоциональные состояния являются вторичным явлением – осознанием приходящих в мозг сигналов об изменениях в мышцах, сосудах и внутренних органах в момент реализации поведенческого акта, вызванного эмоциогенным раздражителем. Американец В. Джеймс (1888) и независимо от него датчанин Г. Ланге (1885) сформулировали теорию, согласно которой возникновение эмоций обусловлено внешними воздействиями, приводящими физиологическим сдвигам в организме. Ощущение этих собственных ощущений в организме и переживаются человеком как эмоция. Джеймс подчеркивал, что телесное возбуждение следует непосредственно за восприятием вызвавшего его факта, и осознания нами этого возбуждения, в то время как оно совершается и есть эмоция. Суть своей теории Джеймс выразил известным парадоксом: «Мы чувствуем печаль, потому что плачем; мы боимся, потому что дрожим». В рамках этой теории физиолого-телесные периферические изменения которые обычно рассматривались как следствие эмоций, стали их причиной. Теория Джеймса Ланге сыграла важную роль в развитии теории эмоций, обозначив связь между тремя событиями: внешним раздражителем, поведенческим актом и эмоциональным переживанием. Наиболее уязвимым местом теории остается сведение эмоций лишь к осознанию ощущений, возникающих в результате периферических реакций.

### Таламическая теория эмоций Кенона-Барда

Одна из первых центральных эмоций – таламическая теория эмоций была создана в 1929 году. Физиолог У. Кенон пришел к выводу, что в теории Джеймса – Ланге ошибочно само исходное положение, согласно которому каждой эмоции соответствует свой собственный набор физиологических изменений. Его исследования показали, что одни и те же физиологические реакции могут сопровождать разные по модальности эмоции. У. Кенон пришел к выводу о том, что телесные изменения при эмоциях биологически целесообразны и являются средством до достижения цели – они готовят организм к борьбе или бегству. Согласно таламической теории (сигналы активизации веге-

тативных функций возникают в одном и то же центре мозга – таламусе) психологическое переживание и физиологические реакции возникают одновременно. Согласно этой теории центральной структурой эмоционального процесса является таламус, а сам процесс относится к разделу безусловных рефлексов. Таким образом, таламус рассматривается как резервуар эмоционального напряжения который при известных условиях разряжается мощными импульсами направляющимися преимущественно к коре и вызывающими эмоции злости, страха и т.д.

### Лимбическая теория эмоций

Наиболее существенный теоретический вклад в создание лимбической теории принадлежит Пейпецу (1937 г.). В соответствии с его взглядами структурно и функционально связанные между собой гипоталамус, передние таламические ядра, поясная извилина, и гиппокамп составляют замкнутый круг, по которому циркулируют эмоциональные процессы.

### Информационная теория П.В. Симонова

П.В. Симонов полагает, что «потребность выступает как побудительная сила любого поступка, в том числе действий обыденных, автоматизированных, осуществляемых на эмоционально нейтральном фоне. Таким образом, мы не имеем никаких оснований рассматривать эмоцию в качестве прямого и обязательного следствия возникновения потребности». [В своих работах П.В. Симонов ставит себе задачу «сосредоточить внимание на тех фактах, которые показывают, что потребность, влечение (мотивация), возбуждение нервного аппарата эмоций и, наконец, действие представляют тесно связанные, но самостоятельные звенья адаптивного поведения, имеющие относительно самостоятельное анатомическое представительство в мозге».] Таким образом, он считает, что за развитие мотиваций и эмоций отвечают различные анатомические структуры нервной системы. Согласно теории П.В. Симонова, в организме человека объективно существуют определенные потребности, которые не зависят от сознания. Мотивация есть результат осознания этой потребности, которое приводит к формированию цели активности. При этом активность может быть двоякого рода: по приближению желаемого события и по устранению нежелательного.

Таблица 1

Классификация эмоций человека в зависимости от соотношения величины потребности и информационной характеристики среды (по Симонову)

			<i>Дистанционное взаимодействие</i>		
			<i>Овладение, обладание</i>	<i>Избегание, защита</i>	<i>Преодоление, борьба</i>
Высокая	$I_c > I_n$	Удовольствие, наслаждение	Восторг, счастье, радость	Бесстрашие, смелость, уверенность	Торжество, чувство преодоления, превосходство, воодушевление, бодрость
Малая	$I_c = I_n$	Комфорт	Спокойствие	Расслабление	Невозмутимость
Высокая	$I_c < I_n$	Неудовольствие, отвращение, страдание, шок (запредельное торможение)	Беспокойство, печаль, горе, отчаяние, депрессия	Настороженность, тревога, страх, паника, оцепенение	Нетерпение, негодование, злость, гнев, ярость, бешенство, исступление, переходящее в депрессию

Примечание.  $I_c$  – информация существующая;  $I_n$  – информация, необходимая для удовлетворения потребности.

Данная классификация включает гораздо большее разнообразие эмоций, учитывает влияние внутренних и внешних факторов на характер и силу эмоциональных переживаний. Главное достоинство этой классификации заключается в том, что она позволяет прогнозировать характер и силу эмоционального переживания, исходя из анализа исходных оснований (величины потребности, информационной характеристики среды, характера взаимодействия с объектом).

### **Биологическая теория эмоции П.К. Анохина**

Рассматривая проблему эмоций с биологической точки зрения, П.К. Анохин подчеркивает, что эмоции охватывают весь организм и придают состоянию человека определенное биологическое качество. Производя почти моментальную интеграцию всех функций организма, эмоции могут быть абсолютным сигналом полезного или вредного воздействия на организм, часто предшествуя определению локализации воздействия и конкретному механизму ответной реакции организма. Именно благодаря эмоциям организм быстро оценивает характер воздействия, и руководствуется самым древним и универсальным критерием всего живого – стремлением выжить; это и придало эмоциям универсальное значение в жизни организма.

### **Функции эмоций**

Чтобы понять роль эмоций психической организации человека нужно рассмотреть ее главные функции и связь с другими психическими процессами. Вопрос о функциях является ключевым и пронизывающим всю психологию эмоций.

1. Экспрессивная – мы лучше понимаем друг друга, можем не пользуясь речью судить о состояниях друг друга.

2. Отражательно-оценочная. Эмоция есть деятельность, оценивающая поступающую в мозг информацию о внешнем и внутреннем мире, которую ощущение и восприятие кодируют в форме его субъективных образов. Эмоция есть отражение мозгом человека и животных какой-либо актуальной потребности (его качества и величины) и вероятности (возможности) его удовлетворения, которую мозг оценивает на основе генетического ранее приобретенного опыта.

3. Побуждающая – полное отстранение эмоций от функций побуждения в значительной мере обесмысливает и производимую ими функцию оценки .

4. Следообразование – она указывает на способность эмоций оставлять следы в опыте индивида, закрепляя в нем те воздействия и удавшиеся – неудавшиеся действия, которые их возбудили. Особенно ярко следообразующая функция проявляется в случаях экстремальных эмоциональных состояний. Но сам по себе след не имел бы смысла, если не было бы возможности использовать его в будущем, происходит фиксация следа в памяти.

5. Предвосхищающая эвристическая – подчеркивает значительную роль в актуализации закрепленного опыта, поскольку актуализация следов опережает развитие событий и возникающие при этом эмоции сигнализируют о возможном приятном или неприятном их исходе.

6. Синтезирующая – мы воспринимаем не набор пятен или звуков а пейзаж и мелодию, не множество интроцептивных впечатлений, а свое тело, потому что эмоциональный тон ощущений, воспринимаемых одновременно или непосредственно друг за другом, сливается по определенным законам. Таким образом, эмоциональные переживания выступают синтезирующей основой образа, обеспечивающей возможность целостного и структурированного отражения разнообразных действующих раздражений.

7. Организующая (дезорганизационная). Эмоции, прежде всего, организуют некоторую деятельность, отвлекая на нее силы и внимание, что естественно может поме-

шать нормальному протеканию проводимой в тот же момент другой деятельности. Нарушение деятельности является не прямым, а побочным проявлением эмоций.

8. Компенсаторная (замещающая). Будучи активным состоянием системы специализированных мозговых структур, эмоции оказывают влияние на другие церебральные системы, регулирующие поведение, процессы восприятия внешних сигналов, дальнейшее извлечение этих сигналов из памяти. Примером компенсаторной функции может служить подражательное поведение столь характерное для эмоционально возбужденной популяции.

9. Переключающая. Эта функция обнаруживается как в сфере врожденных форм поведения, так и при осуществлении условно-рефлекторной деятельности. Оценка вероятности удовлетворения потребности может происходить у человека не только на осознаваемом, но и на не осознаваемом уровне. Ярким примером неосознаваемого прогнозирования служит интуиция.

10. Функция (аварийного) разрешения ситуаций – возникает в экстренной, критической ситуации, когда уровень адреналина в крови, повышается. Например, чувство страха.

11. Функция активации и мобилизации организма. Эмоции, которые обеспечивают успешное какой-нибудь задачи, приводят организм в возбужденное состояние. Иногда слабая тревога играет роль мобилизующего фактора, проявляясь беспокойством за исход дела, она усиливает чувства ответственности.

Взаимодействие всех функций необходимо, так как отсутствие какой-либо влияет на развитие личности. В комплексе они взаимосвязаны и отражают эмоции.

Эмоции выполняют функции такой обработки первичной информации о мире, в результате которой мы оказываемся способными формировать свое мнение о нем: эмоциям принадлежит роль в определении ценности предметов и явлений.

### **Основные компоненты эмоций**

Любое взаимодействие между людьми всегда сопровождается эмоциональными проявлениями; мимические, пантомимические движения позволяют человеку передать информацию о своем отношении к другим людям, явлениям, событиям, о своем состоянии. Таким образом, эмоции выполняют *коммуникативную* функцию.

Эмоции – сложный психический процесс, который включает в себя три основных компонента.

1. Физиологический – представляет изменения физиологических систем, возникающие при эмоциях (изменение частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, сдвиги в обменных процессах, гормональные и др.).

2. Психологический – собственно переживание (радость, горе, страх и др.).

3. Поведенческий – экспрессия (мимика, жесты) и различные действия (бегство, борьба и пр.).

Первые два компонента эмоций – это внутренние их проявления, которые «замыкаются» внутри организма. Выход вовне и разрядка чрезмерной эмоциональной энергии осуществляется благодаря третьему компоненту – поведению. Так как культурные нормы современного общества, как правило, требуют сдержанности в проявлении чувств, для физического и душевного здоровья человека необходим отсроченный во времени сброс излишней энергии. Он может происходить в виде любых приемлемых для самого человека и для общества движений и действий: подвижные игры, ходьба, бег, шейпинг, танцы, бытовые действия (стирка, уборка и пр.). В связи с этим Бойко вводит такое понятие, как формула преобразования внешних и внутренних воздействий в положительную, отрицательную или нейтральную энергию состояний и поведенческих актов. Он выделяет устойчивые индивидуальные стереотипы эмоционального поведения:

– «эйфорическая активность вовне»;

- «рефрактерная активность вовнутрь»;
- «дисфорическая активность вовне».

«Эйфорическая активность вовне» характеризуется тем, что эмоциональная энергетика преобразуется в позитивные психические состояния и поступки, направленные на дело, на окружающих. «Рефрактерная активность вовнутрь» – энергетический потенциал обращается на самого индивида и блокирует или затормаживает его поведение или некоторые психические проявления. «Дисфорическая активность вовне», энергетика внешних воздействий выливается в негативные поведенческие акты и психические состояния, направленные на окружающую среду, на других людей. Для каждого из этих стереотипов характерными являются определенные поведенческие проявления. Так, «эйфорическая активность вовне» проявляется в созидательной конструктивной активности, партнерстве, дружеском взаимодействии, открытости положительных эмоций, умении радоваться, веселиться. «Рефрактерная активность вовнутрь» проявляется в стремлении к размеренному образу жизни, избирательности контактов, застревании на аффективных состояниях, мнительности, недоверчивости, нежелании показать свои переживания. «Дисфорическая активность вовне» характеризуется проявлением негативных и деструктивных чувств (злости, ненависти, враждебности) в отношениях с окружающими. В зависимости от обстоятельств и оценки ситуации у человека может срабатывать одна из трех форм преобразования эмоциональной энергии, в то же время у каждого есть доминирующий стереотип.

### **Классификация эмоций**

В процессе развития психологической науки неоднократно предпринимались попытки классификации эмоций. Одна из первых попыток принадлежит Декарту, который выделял 6 чувств:

*радость, печаль, удивление, желание, любовь, ненависть.*

Декарт полагал, что эти 6 чувств являются основными, базовыми, их сочетание порождает все многообразие человеческих эмоций.

Американский исследователь **Изард выделяет 10 базовых эмоций:**

1. **Интерес** – положительное эмоциональное состояние, способствующее развитию навыков и умений, приобретению знаний. Интерес-возбуждение – это чувство захваченности, любопытства.

2. **Радость** – положительная эмоция, связанная с возможностью достаточно полно удовлетворить актуальную потребность, вероятность чего до этого была невелика или неопределенна. Радость сопровождается самоудовлетворенностью и удовлетворенностью окружающим миром. Препятствия к самореализации являются препятствиями и для появления радости.

3. **Удивление** – не имеющая четко выраженного положительного или отрицательного знака эмоциональная реакция на внезапно возникшие обстоятельства. Удивление тормозит все предыдущие эмоции, направляя внимание на новый объект и может переходить в интерес.

4. **Страдание** (горе) – наиболее распространенное отрицательное эмоциональное состояние, связанное с получением достоверной (или кажущейся таковой) информации о невозможности удовлетворения важнейших потребностей, достижение которых до этого представлялось более или менее вероятным. Страдание имеет характер астенической эмоции и чаще протекает в форме эмоционального стресса. Наиболее тяжелая форма страдания – горе, связанное с безвозвратной утратой.

5. **Гнев** – сильное отрицательное эмоциональное состояние, протекающее чаще в форме аффекта; возникает в ответ на препятствие в достижении страстно желаемых целей. Гнев имеет характер стенической эмоции.

6. **Отвращение** – отрицательное эмоциональное состояние, вызываемое объектами (предметами, людьми, обстоятельствами), соприкосновение с которыми (физическое или коммуникативное) вступает в резкое противоречие с эстетическими, нравственными или идеологическими принципами и установками субъекта. Отвращение, если оно сочетается с гневом, может в межличностных отношениях мотивировать агрессивное поведение. Отвращение, как и гнев, может быть направлено на себя, снижая при этом самооценку и вызывая самоосуждение.

7. **Презрение** – отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в межличностных отношениях и порождаемое рассогласованием жизненных позиций, взглядов и поведения субъекта с таковыми объекта чувства. Последние представляются субъекту как низменные, не соответствующие принятым нравственным нормам и этическим критериям. Человек враждебно относится к тому, кого он презирает.

8. **Страх** – отрицательное эмоциональное состояние, появляющееся при получении субъектом информации о возможном ущербе для его жизненного благополучия, о реальной или воображаемой опасности. В отличие от страдания, вызываемого прямым блокированием важнейших потребностей, человек, переживая эмоцию страха, располагает лишь вероятностным прогнозом возможного неблагополучия и действует на основе этого прогноза (часто недостаточно достоверного или преувеличенного). Эмоция страха может иметь как стенический, так и астенический характер и протекать либо в виде стрессовых состояний, либо в виде устойчивого настроения подавленности и тревожности, либо в виде аффекта (ужас).

9. **Стыд** – отрицательное эмоциональное состояние, выражающееся в осознании несоответствия собственных помыслов, поступков и внешности не только ожиданиям окружающих, но и собственным представлениям о подобающем поведении и внешнем облике.

10. **Вина** – отрицательное эмоциональное состояние, выражающееся в осознании неблагоприятности собственного поступка, помысла или чувств и выражающееся в сожалении и раскаянии.

Следует отметить, что указанные классификации представляют скорее перечисление. Попытки классифицировать эмоции, опираясь на конкретные основания, принадлежат другим исследователям.

Так, Вундт выделил триаду направления чувств, разделяя:  
удовольствие и неудовольствие,  
напряжение и разрешение,  
возбуждение и спокойствие.

В ней отражены знак эмоции, уровень ее стеничности и динамическая характеристика: от напряжения к разрядке. Исходя из этой триады можно охарактеризовать любую эмоцию.

Существуют и другие подходы к классификации эмоций человека, в то же время необходимо признать, что ни одна из классификаций не является окончательной, неизменной, завершённой.

Следует отметить, что указанные классификации представляют скорее перечисление. Попытки классифицировать эмоции, опираясь на конкретные основания, принадлежат другим исследователям.

Так, Вундт выделил триаду направления чувств, разделяя: удовольствие и неудовольствие, напряжение и разрешение, возбуждение и спокойствие.

В ней отражены знак эмоции, уровень ее стеничности и динамическая характеристика: от напряжения к разрядке. Исходя из этой триады можно охарактеризовать любую эмоцию.

Представляет интерес классификация эмоций, разработанная Симоновым. В этой классификации также учтены три основные переменные. Это, во-первых, величина потребности, во-вторых, информационная характеристика среды и, в-третьих, характер взаимодействия с объектом.

Существуют и другие подходы к классификации эмоций человека, в то же время необходимо признать, что ни одна из классификаций не является окончательной, неизменной, завершенной.

### **Эмоциональные феномены**

Эмоции представлены в психике человека в виде четырех основных феноменов: эмоциональные реакции, чувства, эмоциональные состояния, эмоциональные свойства.

*Эмоциональные реакции* – непосредственное переживание, протекание какой-либо эмоции. Они базируются на первичных потребностях, как правило, связаны с действующими обстоятельствами, кратковременны и обратимы (например, испуг в ответ на резкий звук, радость при встрече).

*Чувства* житейское понимание слова «чувство» настолько широко, что теряет конкретное содержание. Это обозначение ощущений (боль), возвращение сознания после обморока («прийти в чувство») и т.п. Нередко и эмоции называют чувствами. В действительности же строго научное использование этого термина ограничивается лишь случаями выражения человеком своего положительного или отрицательного, то есть оценочного отношения к каким-либо объектам. При этом, в отличие от эмоций, отражающих кратковременные переживания, чувства долговременны и могут порой оставаться на всю жизнь. Например, можно получить удовольствие (удовлетворение) от выполненного задания, т.е. испытать положительную эмоцию, а можно быть удовлетворенным своей профессией, иметь к ней положительное отношение, то есть испытывать чувство удовлетворенности.

Чувства выражаются через определенные эмоции в зависимости от того, в какой ситуации оказывается объект, по отношению к которому данный человек проявляет чувство. Например, мать, любя своего ребенка, будет переживать во время его экзаменационной сессии разные эмоции, в зависимости от того, каков будет результат сдачи экзаменов. Когда ребенок пойдет на экзамен, у матери будет тревога, когда он сообщит об успешно сданном экзамене – радость, а при провале – разочарование, досада, злость. Этот и ему подобные примеры показывают, что эмоции и чувства – это не одно и то же.

Таким образом, прямого соответствия между чувствами и эмоциями нет: одна и та же эмоция может выражать разные чувства, и одно и то же чувство может выражаться в разных эмоциях. Доказательством их нетождественности является и более позднее появление чувств в онтогенезе по сравнению с эмоциями.

Особо выделяют так называемые высшие чувства, которые отражают духовный мир человека и связаны с анализом, осмыслением и оценкой происходящего. Человек сознает, почему он ненавидит, гордится, дружит. Высшие чувства отражают социальную сущность человека и могут достигать большой степени обобщенности (например, любовь к Родине). Исходя из того, какая сфера социальных явлений становится объектом высших чувств, их делят на нравственные (моральные) и эстетические.

К нравственным чувствам относятся в первую очередь чувства товарищества, дружбы, любви, отражающие различную степень привязанности к определенным людям, потребность в общении с ними. Отношение к своим обязанностям, принятым на себя человеком по отношению к другим людям, к обществу, называется чувством долга. Несоблюдение этих обязанностей приводит к возникновению отрицательного отношения к себе, выражающегося в чувстве вины, стыда и в угрызениях совести. К нравственным чувствам также относятся чувство жалости, зависти, ревности и другие проявления отношения к человеку или животному.

Эстетические чувства – это отношение человека к прекрасному и уродливому, связанное с пониманием красоты, гармонии, возвышенного и трагического. Эти чувства реализуются через эмоции, которые по своей интенсивности простираются от легкого

волнения до глубокой взволнованности, от простой эмоции удовольствия до чувства настоящего эстетического восторга. К этой группе относят и чувство юмора (чувство смешного). При этом, по выражению К.К. Платонова, юмор за шуткой скрывает серьезное отношение к предмету, а ирония за серьезной формулой скрывает шутку. И шутка, и ирония носят обвиняющий, обличительный, но не злобный характер, в отличие от насмешки, и лишены горького смысла, присущего сарказму. Недаром Н. В. Гоголь характеризовал юмор как видимый миру смех сквозь невидимые миру слезы. Чувство юмора может быть врожденным, но оно также является показателем интеллектуального развития личности, ее культурного уровня. У англичан есть пословица: "Нельзя жениться на девушке, которая не смеется над тем, что смешно вам".

*Эмоциональные состояния* более длительны и устойчивы, чем эмоциональные реакции. Они согласовывают потребности и устремления человека с его возможностями и ресурсами в каждый конкретный момент времени. Для эмоциональных состояний характерно изменение нервно-психического тонуса.

*Эмоциональные свойства* – наиболее устойчивые характеристики человека, характеризующие индивидуальные особенности эмоционального реагирования, типичные для конкретного человека. К ним относятся целый ряд особенностей, таких как эмоциональная возбудимость, эмоциональная лабильность, эмоциональная вязкость, эмоциональная отзывчивость и эмпатия, эмоциональное огрубление, алекситимия.

*Эмоциональная лабильность* – изменчивость эмоций и настроения, по разным, зачастую самым незначительным причинам. Эмоции колеблются в очень широком диапазоне от сентиментальности и умиления до слезливости и слабодушия.

*Эмоциональная монотонность* характеризуется однообразием, неподвижностью эмоциональных реакций, отсутствием эмоционального отклика на события.

При *эмоциональной вязкости* реакции сопровождаются фиксацией аффекта и внимания на каких-либо значимых объектах. (Вместо того, чтобы отреагировать, личность сосредоточивается на обидах, неудачах, волнующих темах).

*Эмоциональная ригидность* – негибкость, жесткость и ограниченный диапазон эмоционального реагирования.

*Эмоциональное огрубление* – неспособность определять уместность и дозировать эмоциональные реакции. Проявляется в том, что личность утрачивает сдержанность, деликатность, такт, становится назойливой, расторможенной, хвастливой.

**Эмоции различаются по интенсивности и длительности, а также по степени осознанности причины их появления. В связи с этим выделяют настроения, собственно эмоции и аффекты.**

Настроение – это слабо выраженное устойчивое эмоциональное состояние, причина которого человеку может быть не ясна. Оно постоянно присутствует у человека в качестве эмоционального тона, повышая или понижая его активность в общении или работе.

Собственно эмоции – это более кратковременное, но достаточно сильно выраженное переживание человеком радости, горя, страха и т.п. Они возникают по поводу удовлетворения или неудовлетворения потребностей и имеют хорошо осознаваемую причину появления.

Аффект – быстро возникающее, очень интенсивное и кратковременное эмоциональное состояние, вызываемое сильным или особо значимым для человека стимулом. Чаще всего аффект является следствием конфликта. Он всегда проявляется бурно и сопровождается снижением способности к переключению внимания, сужением.

Положительная роль эмоций не связывается прямо с положительными эмоциями, а отрицательная – с отрицательными. Последние могут служить стимулом для самосовершенствования человека, а первые – явиться поводом для самоуспокоения, благодушествования. Много зависит от целеустремленности человека, от условий его воспитания.

Как мы уже отметили, эмоция в широком смысле слова – это психофизиологический феномен, поэтому о переживаниях человека можно судить как по самоотчету человека о переживаемом им состоянии, так и по характеру изменения психомоторики и физиологических параметров: мимике, пантомиме (позе), двигательным реакциям, голосу и вегетативным реакциям (частоте сердечных сокращений, артериальному давлению, частоте дыхания). Наибольшей способностью выразить различные эмоциональные оттенки обладает лицо человека. Еще Леонардо да Винчи говорил, что брови и рот по-разному изменяются при различных причинах плача, а Л.Н. Толстой описывал 85 оттенков выражения глаз и 97 оттенков улыбки, раскрывающих эмоциональное состояние человека.

### **Снятие эмоционального напряжения**

Поскольку эмоции и чувства не всегда желательны, так как при своей избыточности они могут дезорганизовать деятельность или внешнее проявление может поставить человека в неловкое положение, выдав, например, его чувства по отношению к другому, желательно научиться управлять ими и контролировать их внешнее проявление.

Снятию эмоционального напряжения способствуют:

1. Сосредоточение внимания на технических деталях задания, тактических приемах, а не на значимости результата.
2. Снижение значимости предстоящей деятельности, придание событию меньшей ценности или вообще переоценка значимости ситуации по типу «не очень-то и хотелось».
3. Получение дополнительной информации, снимающей неопределенность ситуации.
4. Разработка запасной отступной стратегии достижения цели на случай неудачи (например, «если не поступлю в этот институт, то пойду в другой»).
5. Откладывание на время достижения цели в случае осознания невозможности сделать это при наличных знаниях, средствах и т.п.
6. Физическая разрядка (как говорил И. П. Павлов, нужно «страсть вогнать в мышцы»); для этого нужно совершить длительную прогулку, заняться какой-нибудь полезной физической работой и т.д. Иногда такая разрядка происходит у человека как бы сама собой: при крайнем возбуждении он мечется по комнате, перебирает вещи, рвет что-либо и т.д. Тик (непроизвольное сокращение мышц лица), возникающий у многих в момент волнения, тоже является рефлекторной формой моторной разрядки эмоционального напряжения.
7. Написание письма, запись в дневнике с изложением ситуации и причины, вызвавшей эмоциональное напряжение; этот способ больше подходит для людей замкнутых и скрытных.
8. Слушание музыки: музыкальной терапией занимались врачи еще в Древней Греции (Гиппократ).
9. Изображение на лице улыбки в случае негативных переживаний; удерживаемая улыбка улучшает настроение (в соответствии с теорией Джемса – Ланге).
10. Активизация чувства юмора, так как смех снижает тревожность.
11. Мышечное расслабление (релаксация), являющееся элементом аутогенной тренировки и рекомендуемое для снятия тревоги.

Настойчивые попытки воздействовать на очень взволнованного человека при помощи уговоров, убеждения, внушения, как правило, не бывают успешными из-за того, что из всей информации, которая сообщается волнуемому, он выбирает, воспринимает и учитывает только то, что соответствует его эмоциональному состоянию. Больше того, эмоционально возбужденный человек может обидеться, посчитав, что его не понимают. Лучше дать такому человеку выговориться и даже поплакать. Действительно, учеными установлено, что вместе со слезами из организма удаляется вещество, возбу-

ждающее центральную нервную систему. Следовательно, его удаление при плаче ведет к снижению возбуждения и эмоционального напряжения.

## Патология эмоциональной сферы

Симптомы эмоциональных нарушений разнообразны и многочисленны, но можно выделить пять основных типов патологического эмоционального реагирования:

*кататимный тип* – обычно возникает в стрессовых ситуациях, патологические эмоциональные реакции относительно кратковременны, изменчивы, психогенно обусловлены (неврозы и реактивные психозы);

*голотимный тип* – характерна эндогенная обусловленность (первично нарушение настроения, которое проявляется полярностью эмоциональных состояний, их устойчивостью и периодичностью появления);

*паратимный тип* – характеризуется диссоциацией нарушением единства эмоциональной сферы между эмоциональными проявлениями и другими компонентами психической деятельности;

*эксплозивный тип* – отличается сочетанием инертности эмоциональных проявлений с их взрывчатостью, импульсивностью (признаки пароксизмальности) доминирует злобно-тоскливое или экстатически-приподнятое настроение (эпилепсия, органические заболевания мозга);

*дементный тип* – сочетается с нарастающими признаками слабоумия не критичности, расторможенности низших влечений на фоне благодушия, эйфории или апатии, безразличия. Колебания фона настроения в нормальном диапазоне, т.е. отсутствие депрессивного или приподнятого настроения, обычно обозначается термином «эутичное настроение». В патологии важное практическое значение имеют:

Гипотимия – сниженное настроение, переживание подавленности, тоски безысходности. Внимание фиксируется только на отрицательных событиях настоящего, вспоминаемого прошлого и представляемого будущего.

Гипертимия – повышенное веселое, радостное настроение с приливом бодрости, энергичности и переоценкой собственных возможностей.

Маниакальный синдром (мания) характеризуется маниакальной триадой: гипертимией, ускорением мышления и двигательным возбуждением со стремлением к деятельности. Настроение у больных приподнятое, радостное (маниакальный аффект). Они много говорят, жестикулируют, переоценивают свои возможности.

Эйфория-другая форма болезненно-повышенного настроения. Для него характерно благодушие и беспечность, которые сочетаются с пассивностью (тихая радость). Она чаще наблюдается при органических заболеваниях мозга на фоне более или менее выраженного слабоумия.

Мория – эйфория с дурашливым двигательным возбуждением, склонность к грубым шуткам. Наблюдается при поражении лобных отделов мозга на фоне слабоумия.

Экстаз-переживание восторга и необычного счастья со своеобразным (погружением).

В себя, в свой внутренний мир. При некоторых психических заболеваниях экстаз связан со зрительными галлюцинациями приятного содержания.

Экзальтация – приподнятое настроение, где более заметен не сам аффект, а ощущение прилива энергии, бодрости и повышения активности.

Паратимия – неадекватный аффект, извращение аффективности, когда больные радуются по поводу грустных событий и наоборот. Возможно также сосуществование противоположных аффектов – так называемая *амбивалентность чувств*. При этом одно и то же представление сопровождается и приятными и неприятными чувствами, т.е. больной одновременно и огорчается, и радуется.

## Практическая часть

**Методика:** Ориентировочная шкала эмоционального благополучия.

**Инструкция.** С помощью этой таблицы вы можете оценить уровень вашего эмоционального благополучия. Обведите кружком цифры, соответствующие тем ответам, которые вам больше всего подходят.

### Текст опросника

		Оценка		
		Согласен в значительной мере	Согласен в некоторой степени	Не согласен совершенно
1	У меня много друзей	2	1	0
2	Похоже, я нравлюсь людям	2	1	0
3	Я горжусь тем, как прожил свою жизнь до сих пор	2	1	0
4	Мне просто приспособиться к внезапным изменениям ситуации	2	1	0
5	Я знаю, что я сам отвечаю за свою жизнь	2	1	0
6	Мне легко любить других людей	2	1	0
7	Мне нравится моя работа (учеба)	2	1	0
8	Мне просто выражать свои чувства	2	1	0
9	Обычно я счастлив	2	1	0
10	Мне нравится большинство людей, с которыми я знаком	2	1	0
11	Я знаю, что отношусь к тем, с кем люди хотели бы общаться	2	1	0
12	Мне бы не хотелось многое менять в себе	2	1	0
Общее количество очков:				

### Интерпретация

- 22–24 очка. Вы достигли эмоционального благополучия. Вы уважаете себя, ощущаете свою индивидуальность и умеете радоваться жизни.
- 18–22 очка. Вас, вероятно, в какой-то степени можно назвать счастливым, но, по-видимому, вы не совсем довольны собой и недооцениваете себя как личность.
- 17 очков и менее. Вы могли бы получать от жизни намного больше радости, чем теперь.

### Тестовый контроль знаний

1. Эмпатия – это:
  - а) стрессовая реакция
  - б) чувство вины
  - в) сопереживание
  - г) эмоциональное реагирование
2. Страх, гнев, радость относятся к:
  - а) установкам
  - б) эмоциям
  - в) чувствам
  - г) способностям

3. Переживания отношений к предметам и явлениям – это:
  - а) эмоции
  - б) установки
  - в) действия
  - г) комплексы
  - д) акцентуации
4. Воздействие на эмоциональную, бессознательную сферу психики учащихся не-редко помимо, а иногда и против их воли убеждение:
  - а) внушение
  - б) поощрение
  - в) похвала
  - г) акцент на достоинствах
5. Особо выраженные эмоциональные состояния человека, сопровождающиеся существенными изменениями в поведении, называют:
  - а) стрессами
  - б) фрустрациями
  - в) чувствами
  - г) аффектами
  - д) психическими травмами
6. Экспрессивный компонент эмоции – это ее:
  - а) внутриличностное переживание
  - б) внешнее выражение
  - в) физиологический коррелят
  - г) гормональный фон
  - д) субъективная интерпретация
7. Эмоциональное реагирование всегда включает:
  - а) вербальные реакции
  - б) субъективные переживания
  - в) ценностные ориентации
  - г) физиологические изменения
  - д) контакты с окружающими
8. Автор информационной теории эмоций:
  - а) Рейковский
  - б) Изард
  - в) Симонов
  - г) Шлозберг
9. К свойствам эмоций относятся указанные, кроме:
  - а) полярности;
  - б) реактивности;
  - в) энергетической насыщенности;
  - г) интегральности.
10. Автором периферической теории эмоций является:
  - а) Джеймс
  - б) Фрейд
  - в) Ланге
  - г) Харди
11. Мышечное расслабление называется:
  - а) Эмпатия
  - б) Релаксация
  - в) Стресс
  - г) Эмоция

12. К симптомам эмоциональных нарушений относят следующие типы:
- Кататимный
  - Гипертимный
  - Голотимный
  - Смешанный
13. К эмоциональным нарушениям относят:
- Гипотимия
  - Гипертония
  - Гипертимия
  - Гипотония
14. По интенсивности, длительности, а также по степени осознанности причин их появления эмоции называются:
- Настроением
  - Страхом
  - Гневом
  - Аффектом
15. К нравственным чувствам относят:
- Товарищество
  - Дружба
  - Любовь
  - Чувство прекрасного
16. Первая попытка классифицировать эмоции принадлежит:
- Декарту
  - Павлову
  - Ланге
  - Харди
17. Эмоции – сложный психический процесс, включающий в себя три компонента:
- Физиологический
  - Созидательный
  - Поведенческий
  - Психологический
18. Автором биологической теории эмоций является:
- Гальперин
  - Анохин
  - Иванов
  - Изард
19. К функциям эмоций относятся:
- Экспрессивная
  - Органическая
  - Побуждающая
  - Компенсаторная

### Ответы

Номер вопроса	Ответ						
<b>1</b>	3	<b>6</b>	4	<b>11</b>	2	<b>16</b>	1
<b>2</b>	2	<b>7</b>	2	<b>12</b>	1,3	<b>17</b>	1,3,4
<b>3</b>	1	<b>8</b>	3	<b>13</b>	1,3	<b>18</b>	2
<b>4</b>	2	<b>9</b>		<b>14</b>	1	<b>19</b>	3
<b>5</b>	1	<b>10</b>	1,3	<b>15</b>	1,2	<b>20</b>	3

## **Тема занятия №6. Личность и ее структура. Акцентуации характера. Методика Леонгарда, Шмишека, Д.Ж. Олдхэма и Л. Морриса**

---

**Место проведения:** учебная аудитория

**Продолжительность занятия:** 2 часа

**Цель:** Сформировать представление о личности, классификации типов личности; рассмотреть личность врача и больного.

**Студент должен знать:**

1. Определение понятия «личность», «индивид», «индивидуальность».
2. «Я» – концепцию и мотивацию личности.
3. Понятия «акцентуации характера» и «психопатии».
4. Личность врача.
5. Личность больного. Отношение больного к медицинскому персоналу.

**Студент должен уметь:**

1. Определять нарушения интеллекта.
2. Определять темперамент личности.
3. Выявлять акцентуации характера при помощи методики К. Леонгарда, Х. Шмишека.
4. Составить «автопортрет» личности, при помощи методики определения типа личности и вероятностных расстройств Д.Ж. Олдхэма и Л. Морриса.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

1. П.И. Сидоров, А.В. Парняков. Клиническая психология. – М., 2008.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М., 2005.
3. Л. Хьелл, Д. Зиглер. Теории личности. – Питер, 2005.

**Дополнительная литература:**

1. Г.С. Абрамова. Практическая психология. – М., 1997. – 368 с.
2. С.Л. Соловьева, Е.Б. Одерышева, А.А. Великанов. Медицинская психология. Уч.-мет. пособие. – СПб.: СПбГМА, 2009. – 164 с.

**Исходный контроль уровня знаний:**

1. Как вы можете охарактеризовать понятие «личность»?
2. Какие на ваш взгляд составляющие формируют личность?
3. Как вы считаете, в чем различие понятий личность и индивидуальность?
4. Как формируется характер личности?
5. Как влияет тип темперамента на формирование характера?
6. Что такое акцентуации характера?

**Основные вопросы темы:**

1. Теории личности в работах отечественных и зарубежных авторов.
2. Личность специалиста в медицинской области (врач, медицинская сестра, администраторы и персонал структурных подразделений ЛПУ)
3. Личность врача.

### **Итоговый контроль уровня знаний:**

1. Дайте определение понятий индивида, личности и индивидуальности.
2. Перечислите отечественных авторов рассматривающих вопросы структуры личности?
3. Перечислите зарубежных авторов рассматривающих вопросы структуры личности?
4. Дайте определение потребности, мотива и цели. Как они соотносятся между собой?
5. Склонности являются предпосылкой развития способностей. Всегда ли склонности совпадают с наличием соответствующих способностей?
6. Дайте определение направленности личности как личностной подструктуры.
7. Дайте определение «Я»- концепции. Как соотносятся «Я»- концепция с самооценкой? Каковы главные функции «Я»?
8. Какие классы потребностей описываются в «пирамиде потребностей» А. Маслоу? Как соотносятся здесь первичные и вторичные потребности?
9. Какие основные разновидности стойкого ослабления интеллекта выделяют? При каких заболеваниях они чаще встречаются?
10. Дайте определение темпераменту. Что собой представляет тип темперамента?
11. Как взаимодействуют темперамент, деятельность и общение? Каково соотношение темперамента и личности?
12. Дайте определение характера. Как взаимодействуют характер и темперамент?
13. Каково соотношение личности и характера? Что входит в структуру характера? Что собой представляет гармоничный характер?
14. Какие существуют типологии характеров?
15. Что собой представляют акцентуальные теории характера? Какие личностно-характерологические типологии предложены в их рамках?
16. В чем различия между акцентуациями и психопатиями?

## **Содержательная часть**

### **1. Личность, определение понятия**

Проблемой личности занимается целый ряд наук: философские, общественно-исторические, юридические, педагогические, а также психология и патопсихология. Однако до настоящего времени в учении о личности нет единства, поэтому существуют немалые сложности в используемом понятийном аппарате. Человек, являясь организмом и личностью, представляет собой сложнейший интегративный результат биологического развития материи и процесса общественного развития. Чтобы научно описать человека, в психологии используется ряд понятий, которые представляют человека с разных сторон. Кроме самого понятия «личность», сюда относятся понятия «индивид» и «индивидуальность».

*Индивид* (от лат. *individuum* – неделимое) – это психосоматическая организация личности, делающая его представителем человеческого рода. Индивидом мы называем человека, когда говорим о нем как о биологическом существе вида «человек разумный». Индивид – отдельный человек, особь, принадлежащая к человеческому роду. Поэтому мы можем назвать индивидом любого человека – новорожденного, ребенка, взрослого или старца.

Человек появляется на свет исключительно как индивид. Социальные условия (воспитание, обучение и др.), конечно, способствуют развитию в индивиде как общечеловеческих свойств и способностей, так и индивидуальных качеств, т.е. индивид не воспроизводится стереотипно по некоторому образцу. Его врожденные, индивидуально-генетические особенности и приобретаемые под влиянием условий воспитания и других внешних воздействий индивидуальные качества делают индивида отличным от других людей, однако наиболее общей характеристикой индивида является целостность

его психофизиологической организации, что определяет устойчивость во взаимодействии с окружающим миром и активность.

*Личность* – это особое системное социальное качество индивида, которое он приобретает в процессе возрастного развития при взаимодействии со своим социальным окружением. Младенец как индивид имеет лишь врожденные задатки для становления его как личности. Эти природные предпосылки развиваются только в том случае, если индивид «втянут» в общение и совместную деятельность с другими людьми. Опыт изучения детей, воспитанных животными, свидетельствует об исключительной сложности осуществления этой задачи. В личности прежде всего мы обнаруживаем социальные качества человека. Развитие человека в обществе и формирует его как личность.

Таким образом, понятия «индивид» и «личность» не тождественны. Индивид – это та реальность, которая заключена в границах тела человека, в то время как личность – образование, не только выходящее за пределы этого тела, но и формирующееся во внешнем пространстве социальных отношений.

*Индивидуальность* – это понятие отражает только те особенности психики и личности индивида, которые присущи только данному человеку. Тем самым эти особенности отличают одного человека от другого. Сюда относятся как индивидуально-неповторимые психобиологические особенности организма индивида, так и те, которые следует отнести к уникальным свойствам личности. Индивидуальность складывается из особенностей различных черт личности, причем роль социальных и биологических вкладов в них далеко не одинакова. Имеются личностные качества, в развитии которых роль биологических, врожденных влияний очень велика (например, темперамент), но имеются качества (например, мышление, память или воображение), в развитии которых существенную роль уже играют особенности обучения. Еще более возрастает роль обучения в развитии таких качеств личности, как знания, навыки, умения. Особую группу составляют качества направленности личности (например, интересы, идеалы, убеждения, мировоззрение), в формировании которых роль биологического ничтожна, но исключительно велика роль социального опыта, особенностей воспитания.

## **2. Современные теории личности в отечественной психологии**

В отечественной психологии также существует ряд попыток представить структуру личности (Ковалев А.Г., Платонов К.К., Мясищев В.Н., Рубинштейн С.Л. и др.). В частности, А.Г. Ковалев (1963) духовный облик личности рассматривает как синтез сложных структур: темперамента – как комплекса природных свойств; направленности – как совокупности потребностей, интересов и идеалов; способностей – как системы интеллектуальных, волевых и эмоциональных свойств. В процессе деятельности личности психические свойства определенным образом связываются в соответствии с требованиями деятельности.

*С.Л. Рубинштейн* (1946), исходя из историко-материалистических позиций, также обобщает проблематику структуры личности в трех сходных планах.

1. Подструктура направленности личности (ответ на вопрос: «Что человек хочет?»): установка, интересы, потребности, мировоззрение, идеалы, убеждения, интересы, склонности, самооценка и др.

2. Задатки и способности (ответ на вопрос: «Что человек может?»): интеллект (мыслительные способности), частные способности (музыкальный слух, хороший глазомер, любой другой талант), природно-индивидуальные проявления уровня развития психических процессов (ощущения и восприятия, память, мышление и воображение, чувства и воля).

3. Темперамент и характер (ответ на вопрос: «Что человек из себя представляет?»): темперамент и характер.

**К.К. Платонов** (1986) на основе критерия соотношения социального и биологического в качествах личности выдвигает четыре группы, составляющие основные стороны (подструктуры) личности:

1-я – направленность и моральные качества личности. Элементы этой подструктуры, за исключением влечений и склонностей, не имеют непосредственных врожденных задатков, а отражают индивидуально преломленное общественное сознание: влечения, желания, интересы, склонности, идеалы, убеждения, мировоззрение);

2-я – опыт. Подготовленность, индивидуальная культура личности: знания, навыки, умения и привычки, приобретаемые в личном опыте путем обучения, но уже с заметным влиянием и биологических и даже генетически обусловленных свойств личности;

3-я – индивидуальные особенности психических процессов, или психических функций, понимаемых как формы психического отражения (ощущения и восприятия, память, мышление и воображение, чувства, воля);

4-я – биопсихические свойства личности. Активность этой подструктуры определяется больше основными физиологическими свойствами нервной системы: темперамент, половые и возрастные особенности личности, включая ее патологические, т.н. органические изменения.

Особенностями этих четырех подструктур, однако, не исчерпываются индивидуальные свойства личности, поскольку на эти подструктуры накладываются еще две общие подструктуры: характер и способности. Являясь подструктурами наложенными, выделяющимися из общей структуры личности, характер и способности представляют собой не самостоятельные подструктуры, а общие качества личности, включающие особенности каждой из четырех основных иерархических подструктур.

Несколько иначе трактует понятие структуры личности **В.Н. Мясищев** (1960). Он рассматривает структуру личности только в качестве одной из ее сторон, наряду с направленностью, уровнем развития и динамикой. По мнению В.Н. Мясищева, психические образования и их функции должны быть непрерывно связаны с содержанием психической деятельности. Именно особенности содержания определяют функциональную структуру психики и личности. Доминирование их в сознании и поведении зависит от отношения человека, положительной или отрицательной значимости их содержания для него. Психические отношения человека – это его сознательные избирательные связи с различными сторонами действительности. Отношения человека различны соответственно сторонам действительности, процессам деятельности. Побудители поведения – это те же отношения человека к разным сторонам действительности, в которую он включен, и проявляющиеся в форме потребностей, интересов и склонностей. Исполнительский компонент – его способности, т.е. те свойства личности, которые являются условиями выполнения ею разных видов деятельности.

Структурно-характерологические особенности личности схематично можно изобразить следующим образом:

*А) Структура личности.*

1. Отношения и их уровень развития: а) высокий (идейный – убеждения, сознание долга, общественно-коллективистские мотивы); б) средний (преобладание конкретно-личных отношений – личные симпатии и антипатии, непосредственный утилитарный интерес или расчет); в) низкий (примитивно-витальный – влечения).

2. Интеллект и способности и степень их развития: а) уровень развития – высокий, средний, низкий; б) дифференцированность отдельных компонентов: запаса знаний (высокий, средний, бедный), развития умений, характеристики работоспособности и воли (мера стремления к реализации потребности), а также особенностей других психических процессов (памяти, внимания, мышления).

3. Темперамент (динамика психических реакций и особенности эмоциональности человека): а) типы по Гиппократу – Павлову: холерический (безудержный), сангвинический (сильный, подвижный), флегматический (сильный, инертный), меланхоличе-

ский (слабый); б) человеческие типы по Добролюбову – Павлову: художественный, мыслительный, средний.

4. Характер (личность в ее своеобразии, личность индивидуума и привычные способы поведения): а) тип характера – сильный, слабый, недифференцированный; б) структура характера – цельный (гармонический), противоречивый (дисгармонический); в) направленность основных тенденций – экспансивный, импрессионный, уравновешенно-рассудочный, неуравновешенно-безрассудочный.

*Б) Содержание личности.*

1. Содержание основных отношений личности: социальных, общественных, производственных, бытовых, семейных, личных, интимных;

2. Характеристика мировоззрения личности: взгляды и оценки (широкие – объективные, узкие – субъективно-личные); уровень интересов (идейные, коллективистские, семейные, личностно-индивидуалистические, эгоистические, витально-примитивные); нравственно-эстетический уровень (гуманистический, индивидуалистический, аморальный); идеологический уровень.

Таким образом, представленная система отношений, составляющих личность, выступает как определенная структура, в которой образующие ее отношения постоянно оказываются субординированными таким образом, что ведущими среди них и подчиняющимися себе все другие оказываются отношения, в которых находят выражение основные потребности и интересы личности. Указанные «ядерные» отношения накладывают свой отпечаток на все другие отношения личности – характер их проявления, устойчивость, действенность и др. Единство в структуре личности, с одной стороны, идеального и материального, с другой – общественного и индивидуального, возникает в процессе ее исторического развития. Формирование человека в социальной среде определяет способы его действия, реакций и переживаний, соответствующие этой среде. Социальное извне, из условий, воздействий, требований, образцов, знаний и впечатлений переходит во внутренние свойства: потребности, привычки, требования личности к себе и к окружающим.

*А.Н. Леонтьев – Деятельный подход*

В теории деятельности Алексея Николаевича Леонтьева (1903-1979), развившего идеи Льва Семеновича Выгодского (1896-1934) и Сергея Леонидовича Рубинштейна (1889-1960), личность рассматривается как продукт социально-общественного развития; в качестве же реального базиса ее выступает совокупность общественных отношений человека, реализуемых его деятельностью.

В деятельности происходит переход объекта в его субъективную форму, в образ; вместе с тем в деятельности совершается также переход деятельности в ее объективные результаты, в ее продукты. То есть деятельность выступает как процесс, в котором осуществляются взаимопереходы между полюсами «субъект–объект». Через деятельность человек воздействует на природу, вещи, других людей. При этом по отношению к вещам он выступает как субъект, а по отношению к другим людям – как личность.

Внутренняя, психическая деятельность человека произошла из внешней практической деятельности путем процесса интериоризации. Внешняя и внутренняя деятельности имеют тесное взаимодействие, существует и обратный процесс порождения внешней деятельности на основе составления ее во внутреннем плане – это процесс экстериоризации. Сами эти переходы возможны только потому, что внешняя и внутренняя деятельности имеют одинаковое строение.

Деятельность – это не реакция и не совокупность реакций, а система, которая имеет строение, свои внутренние переходы и превращения, свое развитие. *Деятельность – это специфически человеческая, регулируемая сознанием активность, порождаемая потребностями и направленная на познание и преобразование внешнего мира и самого человека.*

Понятно, что деятельность человека вытекает из его *потребностей* и вне деятельности реализация любой потребности невозможна. При этом ядром личности, ее стержнем выступают *мотивы и цели деятельности*. Мотивом называется предмет потребности или, другими словами, мотив – это опредмеченная потребность. Мотивы, побуждая и направляя деятельность, порождают действия, т.е. приводят к образованию осознанных целей.

Наряду с классом осознанных мотивов существуют мотивы, которые актуально могут не осознаваться. Однако они также представлены в сознании, но в особой форме – это личностные смыслы и эмоции. Личностный смысл определяется как переживание повышенной субъективной значимости предмета или явления, оказавшихся в поле действия ведущего мотива. Это понятие исторически связано с представлениями *Л.С. Выгодского* о динамических смысловых системах индивидуального сознания личности, выражающих единство аффективных и интеллектуальных процессов. По своей функции личностный смысл делает доступным сознанию субъективное значение тех или иных обстоятельств или действий, но это «информирование» чаще осуществляется в эмоционально-чувственной форме. Тогда перед субъектом стоит задача рефлексии – задача на поиск смысла. А иногда субъект бессознательно ставит другую задачу – на сокрытие смысла, и прежде всего от самого себя. Это сокрытие и лежит за защитными механизмами, поэтому для их объяснения нет нужды привлекать понятия конфликта между инстанциями *Я* или врожденными влечениями. Проявления личности, которые обнаруживаются в проективных тестах, также могут быть поняты в терминах личностных смыслов и соответствующей деятельности человека по поиску либо сокрытию этих смыслов. Аналогично эмоции возникают лишь по поводу таких событий или результатов действий, которые связаны с мотивами. Если человека что-то волнует, значит это «что-то» каким-то образом затрагивает его мотив. Эмоции ревалентны деятельности, а не реализующим ее действиям и операциям. Поэтому одни и те же операции, осуществляющие разные деятельности, могут приобретать противоположную эмоциональную окраску.

Полимотивация человеческой деятельности – типичное явление. Одни мотивы, побуждая к деятельности, придают ей личностный смысл (смыслообразующие мотивы), другие (мотивы-стимулы), сосуществующие с первыми, играют роль побудительных факторов (положительных или отрицательных). Распределение функций смыслообразования и побуждения между мотивами одной деятельности позволяет понять главные отношения, характеризующие мотивационную сферу личности, отношения иерархии мотивов.

Следует отметить, что в ходе самой деятельности могут образовываться новые мотивы. В теории деятельности изучается механизм образования мотивов, который получил название механизма сдвига мотива на цель (механизм превращения цели в мотив). Суть этого механизма состоит в том, что цель, ранее побуждаемая к ее осуществлению каким-то мотивом, со временем приобретает самостоятельную побудительную силу, т.е. становится мотивом. Важно подчеркнуть, что это происходит только при накоплении положительных эмоций, связанных с достижением этой цели. Только тогда новый мотив входит в систему мотивов на правах одного из них.

Деятельность имеет сложное иерархическое строение и состоит из нескольких «слоев» или уровней: уровень особенных деятельностей (или особых видов деятельности), уровень действий (процесс, направленный на достижение осознаваемого результата), уровень операций (способы, приемы действия, техническая сторона действий) и уровень психофизиологических функций (физиологическое обеспечение психических процессов).

#### ***Структура личности по Б.Г.Ананьеву***

Многообразие связей личности с обществом в целом, с различными социальными группами и институтами определяет интраиндивидуальную структуру личности, организацию личностных свойств и ее внутренний мир. Ограничение социальных связей

личности нарушают нормальный ход человеческой жизни и могут быть одной из причин возникновения неврозов и психоневрозов.

Структура личности, оказывает влияние на состояние личности, динамику ее поведения, процессы деятельности и все виды общения. Структура личности является продуктом развития человека. Из множества социальных ролей, установок, ценностных ориентации лишь некоторые входят в структуру личности. Вместе с тем в эту структуру могут войти свойства индивида, многократно опосредствованные социальными свойствами личности, но сами относящиеся к биофизиологическим характеристикам организма (например, подвижность или инертность нервной системы, тип метаболизма и т.д.). Структура личности включает структуру индивида в виде наиболее общих и актуальных для жизнедеятельности и поведения комплексов органических свойств. Эту связь нельзя, конечно, понимать упрощенно как прямую корреляционную зависимость структуры личности от соматической конституции, типа нервной системы и т.д.

В теории личности часто недооценивалось значение интеллекта в структуре личности. В теории интеллекта слабо учитываются социальные и психологические характеристики личности, опосредствующие ее интеллектуальные функции. Это взаимообособление личности и интеллекта представляется нам противоречащим реальному развитию человека, при котором социальные функции, общественное поведение и мотивации всегда связаны с процессом отражения человеком окружающего мира, особенно с познанием общества, других людей и самого себя. Поэтому интеллектуальный фактор и оказывается столь важным для структуры личности...

Все четыре основные стороны личности (биологически обусловленные особенности, особенности отдельных психических процессов, уровень подготовленности или опыт личности, социально обусловленные качества личности) тесно взаимодействуют друг с другом. Доминирующее влияние, однако, всегда остается за социальной стороной личности – ее мировоззрением и направленностью, потребностями и интересами, идеалами и стремлениями, моральными и эстетическими качествами.

Статус и социальные функции-роли, мотивация поведения и ценностные ориентации, структура и динамика отношений – все это характеристики личности, определяющие ее мировоззрение, жизненную направленность, общественное попечение, основные тенденции развития. Совокупность таких свойств и составляет характер как систему свойств личности.

На любом уровне и при любой сложности поведения личности существует взаимозависимость между: а) информацией о людях и межличностных отношениях; б) коммуникацией и саморегуляцией поступков человека в процессе общения; в) преобразованиями внутреннего мира самой личности. Поведение человека выступает не только как сложный комплекс видов его социальных деятельностей, с помощью которых опредмечивается окружающая его природа, но и как общение, практическое взаимодействие с людьми в различных социальных структурах.

Нам представляется понимание личности как субъекта поведения, посредством которого реализуется потребность в определенных объектах и определенных ситуациях. Организация поведения включает интеллект и волю в структуру личности, соединяя их с потребностями, интересами, всей мотивацией поведения личности.

В реальном процессе поведения взаимодействуют все «блоки» коррелируемых функций (от сенсомоторных и вербально-логических до нейрогуморальных и метаболических). При любом типе корреляции в той или иной степени изменяется человек в целом как личность и как индивид (организм). Однако сохранению целостности организма и личности способствуют только те коррелятивные связи, которые соответствуют объективным условиям существования человека в данной социальной и природной среде.

Однако структура личности строится не по одному, а по двум принципам одновременно: 1) субординационному, или иерархическому, при котором более сложные и более общие социальные свойства личности подчиняют себе более элементарные и частные

социальные и психофизиологические свойства; 2) координационному, при котором взаимодействие осуществляется на паритетных началах, допускающих ряд степеней свободы для коррелируемых свойств, т.е. относительную автономию каждого из них. Рассмотренные выше явления интеллектуального напряжения развиваются именно по координационному типу, подобно системе ценностных ориентации, социальных установок, форм поведения, представленной в структуре личности сложным комплексом свойств

#### ***А.А. Бодалев***

Общение следует рассматривать в качестве специфической формы деятельности человека и одного из главных регуляторов его социального поведения. Общение оказывает решающее влияние на формирование личности, ее содержательных и формальных характеристик, психических процессов, свойств и состояний. А.А. Бодалевым особо подчеркивается недостаточность традиционного подхода к исследованию роли в формировании личности лишь одной предметно-практической деятельности.

Обязательным компонентом общения является гностический компонент – познание людьми друг друга в совместной жизни и деятельности. Способность к общению складывается из умения разбираться в людях и верно оценивать их психологию, адекватно эмоционально откликаться на состояние и поведение окружающих, умения выбора способа обращения с окружающими, адекватного с точки зрения как общественной морали, так и индивидуальных особенностей человека. Качество этих характеристик социальной перцепции повышается с накоплением и обобщением опыта общения.

Различают следующие уровни общения: дефиниция – общение, не сопровождающееся эмоциональной реакцией; идентификация – принятие на себя роли другого, отождествление с ним; эмпатия – сопереживание.

### **3. Теории личности в трудах зарубежных ученых**

#### ***3. Фрейд. Структура личности***

Существуют теории личности, которые известны не только психологам, но и популярны в широких слоях населения. Одной из таких концепций является психодинамическая теория личности З.Фрейда. По мнению Фрейда, личность образуется тремя структурными компонентами: ид (оно), эго (я) и суперэго (сверх я).

#### ***Ид***

Сфера ид – это инстинктивное ядро личности. Мощные инстинкты, находящиеся в сфере ид, требуют своей реализации и определяют (прямо или косвенно) поведение личности. В целом функционирование сферы ид подчиняется принципу удовольствия. В психодинамической теории Фрейда выделяются два основных инстинкта – сексуальный инстинкт, трактуемый еще как инстинкт жизни (либидо, эрос), и деструктивный, разрушительный инстинкт, трактуемый как инстинкт смерти (мортидо, танатос). Такая форма поведения человека как агрессия рассматривается в данной концепции в качестве проявления деструктивного инстинкта личности.

#### ***Эго***

Сфера эго – это рациональная часть личности, то есть сфера сознания. Эго находится в постоянном взаимодействии со сферой ид, пытаясь предотвратить опасные, дезадаптивные проявления двух базовых инстинктов. Рациональная сфера эго должна разрабатывать для личности такие программы действий, которые, с одной стороны, удовлетворяли бы требованиям ид, а с другой стороны, учитывали бы требования и ограничения социального мира и собственного сознания человека. Функционирование сферы эго определяется принципом реальности.

#### ***Суперэго***

Сфера суперэго – это сфера морального я личности, включающая в себя систему норм, ценностей, этических представлений, согласующихся с требованиями социума. Эта сфера формируется в процессе социализации и является, по Фрейду, последним (во

временном смысле) компонентом развивающейся личности. Сфера суперэго, хотя и не является инстинктивной, так же как и ид находится в противоречии с рациональным эго. Можно сказать, что суперэго пытается убедить эго в приоритете идеалистических целей над реалистическими.

### ***Теория типов Г. Айзенка***

Широкое распространение получила в психологии концепция личности Г. Айзенка. В этой теории выделяются два измерения личности: интроверсия – экстраверсия и нейротизм – стабильность. Указанные два измерения (или фактора) являются независимыми друг от друга. Каждый из полюсов этих измерений личности представляет собой некую *супер – черту*, так как, по мнению Айзенка, в основе каждой из них лежит совокупность нескольких составных черт. Кроме того, каждая суперчерта (например, интроверсия) – это не дискретный количественный показатель, а континуум определенной протяженности. Поэтому в теории Айзенка относительно суперчерт применяется термин «тип».

*Экстравертированный* тип характеризуется обращенностью личности на окружающий мир. Таким людям свойственны: импульсивность, инициативность, гибкость поведения, общительность, постоянное стремление к контактам, тяга к новым впечатлениям, раскованные формы поведения, высокая двигательная и речевая активность. Они легко откликаются на различные предложения, «зажигаются», берутся за их выполнение, но так же легко могут и бросать начатое, берясь за новое дело.

*Интровертированный* тип характеризует направленность личности на себя, на явления собственного мира. Для таких людей характерна низкая общительность, замкнутость, склонность к самоанализу, рефлексии. Прежде чем взяться за что-либо, анализируют условия, ситуацию, задачу; склонны к планированию своих действий. Внешнее проявление эмоций находится под контролем, но это не свидетельствует о низкой эмоциональной чувствительности, скорее справедливо обратное. В зависимости от сочетания параметров интроверсия – экстраверсия и нейротизм – стабильность всех людей можно разделить на четыре группы.

Значительно позже того, как Айзенк описал экстраверсию и интроверсию, он ввел в свою теорию еще одно измерение – психотизма. Таким образом, в настоящее время в теории Айзенка выделяются не два, а три ортогональных (независимых) измерения личности. Люди с высокой степенью выраженности такой суперчерты, как психотизм являются эгоцентричными, импульсивными, равнодушны к другим, склонны к асоциальному поведению, трудно контактируют с людьми и не находят у них понимания, отличаются конфликтностью и неадекватностью эмоциональных реакций.

### ***Индивидуальная теория личности А. Адлера***

Индивидуальная психология Альфреда Адлера имеет несколько ключевых принципов и исходя из них описывает человека. Эти основные принципы:

- 1) человек является единым, самосогласующимся и целостным;
- 2) человеческая жизнь – это динамическое стремление к превосходству;
- 3) индивидуум – есть творческая и самоопределяющаяся сущность;
- 4) социальная принадлежность индивидуума.

Согласно Адлеру, люди стараются компенсировать чувство собственной неполноценности, которое они испытывали в детстве, и переживая неполноценность, в течение жизни борются за превосходство. Каждый человек вырабатывает свой уникальный стиль жизни, в рамках которого стремится к достижению фиктивных целей, ориентированных на превосходство или совершенство. (С этим связано понятие «фикционный финализм» – идея о том, что поведение человека подчинено им самим намеченным целям в отношении будущего). Согласно Адлеру, стиль жизни особенно ясно проявляется в установках личности и её поведении, направленном на решение трёх основных жизненных задач: работа, дружба и любовь. Основываясь на оценке степени выраженности социального интереса и степени активности по отношению к этим трём задачам, Адлер

различал 3 типа установки, сопутствующих стилю жизни: управляющий (самоуверенность, напористость, незначительный социальный интерес, установка превосходства над внешним миром) берущий (паразитизм в отношении внешнего мира, отсутствие социального интереса, низкая степень активности), избегающий (отсутствие активности и социального интереса, опасение нуда, бегство от решения жизненных задач) и социально-полезный (сочетание высокой степени социального интереса с высокой активностью, забота о других и заинтересованность в общении, осознание важности сотрудничества, личного мужества и готовности вносить вклад в благоденствие других).

Адлер полагал, что стиль жизни создаётся благодаря творческой силе индивидуума, однако определённое влияние на него оказывается порядком рождения (первенец, единственный ребёнок, средний или последний ребёнок).

Также в индивидуальной психологии упор делается на так называемый социальный интерес – а именно внутреннюю тенденцию человека к участию в создании идеального общества.

Центральным понятием всей теории Альфреда Адлера является творческое «Я». В этом понятии воплощается активный принцип человеческой жизни; то, что придаёт ей значимость; то, под чьим влиянием формируется стиль жизни. Эта творческая сила отвечает за цель жизни человека и способствует развитию социального интереса.

#### ***Типологические модели социальных характеров Эриха Фромма***

**Эрих Фромм** продолжил постфрейдистскую тенденцию в психологии личности, акцентируя внимание на влияние на личность социально-культурных факторов. Фромм утверждал, что определённой частью людей движет желание бегства от свободы, осуществляющееся посредством механизмов авторитаризма, деструктивности и конформизма. Здоровый путь освобождения по Фромму – в обретении позитивной свободы благодаря спонтанной активности.

Фромм описал пять экзистенциальных потребностей, присущих человеку: в установлении связей; в преодолении; в корнях; в идентичности; в системе взглядов и преданности. Фромм полагал, что основные ориентации характера являются следствием способа удовлетворения экзистенциальных потребностей. Непродуктивные типы характера: рецептивный (сентиментальный, зависимый и пассивный, считающий, что надо быть любимым, а не любить), эксплуатирующий (человек, который добивается от других желаемого силой и обманом), накапливающий (скупой, упрямый и ориентированный на прошлое) и рыночный (человек, определяющий себя как товар, который можно выгодно продать/обменять; предельно отчуждённый от других). Продуктивный характер только один; согласно Фромму, он представляет собой цель развития человечества, и в его основе лежат разум, любовь и труд. Этот тип независимый, честный, спокойный, любящий, творческий и совершающий социально-полезные поступки.

#### ***Типологические модели индивидуальных характеров Г. Юнга.***

Аналитическая психология – одна из школ глубинной психологии, базирующаяся на понятиях и открытиях человеческой психики, сделанных швейцарским психологом **Карлом Густавом Юнгом**. Он утверждал, что душа состоит из трёх отдельных взаимодействующих структур: эго, личного бессознательного и коллективного бессознательного. Эго является центром сферы сознания и включает в себя все мысли, чувства, воспоминания и ощущения, благодаря которым мы чувствуем свою целостность. Эго служит основой нашего самосознания. Личное бессознательное вмещает в себя конфликты и воспоминания, когда-то осознававшиеся, но теперь подавленные и забытые. Юнг ввёл понятие комплекса, или скопления эмоционально заряженных мыслей, чувств и переживаний, вынесенных индивидуумом из личного или наследственного бессознательного опыта. Комплексы могут возникать вокруг самых обычных тем и оказывать сильное влияние на поведение. Юнг утверждал, что материал личного бессознательного уникален и доступен для осознания. Наконец, более глубокий слой в структуре личности – коллективное бессознательное, представляющее собой хранилище латентных

следов памяти человечества. В нём отражены мысли и чувства, общие для всех человеческих существ.

Юнг высказал гипотезу о том, что коллективное бессознательное состоит из мощных первичных психических образов – архетипов. Архетипы – врожденные идеи или воспоминания, которые предрасполагают людей воспринимать, переживать и реагировать на события определенным образом; иначе говоря, это универсальные модели восприятия, мышления и действия в ответ на какой-то объект или событие. Среди архетипов, описанных Юнгом, есть мать, ребёнок, герой, мудрец, Солнце, плут, Бог, смерть и т.д. Наиболее важные архетипы – персона (наше публичное лицо), тень (подавленная, тёмная сторона личности), анимус/анима (внутренний образ женщины в мужчине и наоборот, внутренний образ мужчины в женщине), самость (сердцевина личности, вокруг которой организованы и объединены все другие элементы).

Юнг описал две основные эго-направленности: экстраверсия и интроверсия.

*Экстраверт* характеризуется врожденной тенденцией направлять свою психическую энергию, или либидо, вовне, связывая носителя энергии с внешним миром. Данный тип естественно и

Экстраверсия и интроверсия всего лишь две из многих особенностей человеческого поведения. В дополнение к ним Юнг выделял четыре функциональных типа, четыре основные психологические функции: мышление, чувство, ощущение, интуиция.

В идеале индивид должен полноценно владеть всеми четырьмя функциями с тем, чтобы давать соответствующий адекватный ответ на любые жизненные запросы. К сожалению, в действительности это недостижимо, хотя и остается желанной целью, определяя таким образом одну из главных задач аналитической психотерапии: привести к сознанию данное положение вещей и помочь в развитии подчиненных, угнетаемых, неразвитых функций с тем чтобы достичь психической целостности.

#### ***Акцентуаций характера и психопатий К. Леонгарда***

Типологические модели акцентуаций характера и психопатий **К. Леонгарда** включает в себя 10 типов акцентуированных личностей. Они разделены на 2 группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективный).

Леонгард считает, что люди отличаются не только акцентуированными чертами, но и особенностями, индивидуальными чертами. Черты, определяющие индивидуальность, относятся к разным психическим сферам:

- 1) к сфере направленности интересов и склонностей;
- 2) к сфере чувств и воли;
- 3) к сфере ассоциативно-интеллектуальной.

Не всегда легко, считает Леонгард, провести разницу между акцентуированными чертами и чертами, определяющими вариации индивидуальности человека. При знании отдельных черт, можно проследить и их сочетаемость. Леонгард отмечает, что сочетание акцентуированных черт отличается явственными особенностями обычно в области характера.

#### ***Теория идентичности Эрика Эриксона***

Эриксон разработал теорию личностного развития на протяжении всей жизни человека – от рождения до старости. Он полагает, что наряду с выделенными Фрейдом фазами психосексуального развития, в ходе которого меняется направленность влечения от аутоэротизма к внешнему объекту, существуют и психологические стадии развития «Я», в ходе которых индивид устанавливает основные жизненные ориентиры по отношению к себе и своей социальной среде. Эриксон выделил ставшие широко известными восемь стадий развития личности. На каждой из них существуют свои определенные параметры, которые могут принимать положительные или отрицательные значения. Механизмом смены стадий является конфликт, кризис идентичности личности.

Понятие «психосоциальная идентичность» у Эриксона выступает в качестве центрального интегративного начала личности. Групповая, социальная идентичность начинает формироваться очень рано – ребенок с первых дней жизни ориентирован на включение в определенную социальную группу и постепенно начинает воспринимать и понимать мир так, как и большинство его окружения. Но постепенно у него формируется и индивидуальная идентичность – чувство устойчивости и непрерывности своего «Я», несмотря на то, что в нем идут и многие процессы непрерывного изменения и развития. Таким образом, индивидуальная идентичность означает сознание тождественности самому себе, непрерывности во времени собственной личности и связанное с этим ощущение, что другие также признают это. Если идентичность – состояние, то идентификация – процесс его формирования. Идентификация всегда связана с другими людьми, которые в течение определенного времени могут служить «образцами».

В индивидуальной идентичности можно различить личностную идентичность и Я-идентичность. Последняя («эго-идентичность») означает более узкую, глубинную область, ответственную за постоянство личности. Значение этого конструкта яснее всего проявляется в психопатологии, когда Я-идентичность утрачивается, меняется, «расщепляется» или человек вынужден бороться за ее сохранение.

Идентификационное поведение и идентичность развиваются непрерывно в течение всей жизни, начиная с раннего детства. При этом важнейшее влияние оказывают родители и другие референтные личности. Согласно Эриксону, каждый человек в ходе развития своей идентичности переживает несколько критических фаз. Критическая фаза – не патологическое состояние, а своеобразное состояние нестабильности с мобилизацией созидательных сил. Человек задает себе вопросы: «Каков я? Каким мне хотелось бы стать? За кого меня принимают?» Каждая стадия характеризуется задачами этого возраста, а задачи выдвигаются обществом. Решение всех этих вопросов определяется уровнем развития человека и духовной атмосферой общества, в котором человек живет.

Стремление к собственной идентичности и к ее сохранению Эриксон выводит из психоаналитических посылок, стадии личностного развития у него соответствуют в общих чертах фазам психосексуального развития.

*Раннее младенчество (до 1 года):* главную роль в жизни играет мать (кормит, ухаживает, ласкает), в результате у ребенка формируется «базовое доверие к миру». Динамика развития доверия зависит от матери. Если мать тревожна и невротична или ребенку уделяют мало внимания (например, ребенок в детском доме), то формируется базовое недоверие к миру, устойчивый пессимизм. Эмоциональная депривация приводит и к резкому замедлению психического развития.

*Позднее младенчество (1–3 года)* связано с формированием автономии и независимости, ребенок начинает ходить, контролировать сфинктеры, приучается к опрятности. Социальное неодобрение открывает глаза ребенка внутрь, он чувствует возможность наказания, формируется стыд. В конце стадии должно быть равновесие автономии и стыда.

*Раннее детство (3–6 лет):* возникает убеждение у ребенка, что он уже личность. В игре формируется инициативность и предприимчивость. Если родители сильно подавляют ребенка, то это замедляет формирование инициативности, способствует закреплению пассивности, неуверенности, чувства вины.

*Среднее детство (6–12 лет):* возможности развития в рамках семьи исчерпаны, ребенок овладевает знаниями и новыми навыками в школе. Он спокоен и верит в свои силы, но школьные неудачи приводят к появлению или закреплению чувства своей неполноценности, отчаяния, потери интереса к учебе. Если родители лишь ругают и наказывают за плохую учебу, чувство неполноценности может закрепиться на всю жизнь.

*Отрочество и юность (12–20 лет):* формируется окончательно «эго-идентичность». Бурный рост и половое созревание создают озабоченность тем, как он выглядит перед другими. Возникает необходимость профессионального самоопределения. Если

на ранних стадиях у ребенка сформировалась автономия, инициатива, доверие к миру, уверенность в своих силах, то подросток легко находит свое «Я», признание окружающих. В противном случае происходит диффузия идентичности, он не может найти свое «Я», не осознает целей и желаний, регрессирует к инфантильным, иждивенческим реакциям, появляется смутное, но устойчивое чувство тревоги и одиночества. Появляется страх общения, особенно с противоположным полом.

*Ранняя зрелость (20–25 лет):* актуален поиск спутника жизни, укрепление связей со своей социальной группой. Человек не боится обезличивания, появляется чувство близости, сотрудничества, интимности с определенными окружающими людьми. Однако, если диффузия идентичности переходит и на этот возраст, человек замыкается, закрепляется изоляция и одиночество.

*Средняя зрелость (25–65 лет):* дальнейшее развитие идентичности – идет воздействие со стороны других людей, особенно детей. Они подтверждают, что ты им нужен. Есть любимый труд, есть на кого излить свое «Я». В противном случае – опустошенность, застой и косность, психологический и физиологический регресс.

*Поздняя зрелость (65 лет и более):* создание завершенной формы эго-идентичности на основе всего пути развития личности, переосмысления всей жизни. Человек должен понять, что жизнь – это неповторимая судьба и ее надо «принять» такой, какая она есть. Если «принятия себя и жизни» не произошло, то человек чувствует разочарование, теряет вкус к жизни, чувствует, что жизнь прошла неверно, зря.

#### **4. «Я»- концепция и мотивация личности**

«Я»- концепция – это совокупность всех представлений индивида о себе, сопряженная с их оценкой. Описательную составляющую «Я»- концепции часто называют образом «Я» или картиной «Я». Составляющую, связанную с отношением к себе или отдельным своим качествам, называют самооценкой или принятием себя. В сущности, «Я»- концепция определяет не просто то, что собой представляет индивид, но и то, что он о себе думает и как смотрит на свои настоящие возможности и возможности развития в будущем.

Образ своего «Я», можно рассмотреть и как совокупность установок, направленных на самого себя и включающих следующие основные компоненты:

*когнитивный* – образ своих качеств, способностей, внешности и социальной значимости (самосознание);

*эмоциональный* – аффективная оценка «Я»- образа, которая проявляется в самоуважении, себялюбии или самоуничижении;

*оценочно-волевой* – потенциальная поведенческая реакция, т.е. конкретные действия, которые могут быть вызваны образом «Я» и самооценкой (это и стремление повысить свою самооценку, завоевать уважение).

«Я»- концепция играет, по существу, тройную роль: она способствует внутренней согласованности личности, определяет интерпретацию опыта и является источником ожиданий. Стремление защитить «Я» – концепцию, оградить ее от разрушающих воздействий является одним из основополагающих мотивов всякого нормального поведения (Бернс Р., 1986).

Субъективно переживание наличия собственного «Я» выражается в следующих его главных функциях:

- 1) самоидентичности, т.е. целостности «Я» с чувством непрерывности, сохранения и понимания тождественности самому себе в настоящем, прошлом и будущем;
- 2) активности «Я» с чувством собственной автономности и независимости от других;
- 3) защиты «Я» с чувством собственного достоинства;
- 4) самосовершенствования «Я» с чувством определенного рода линии надежды, направленности на цели, реализация которых мыслится как будущее личной жизни.

*В «Я»- концепции можно выделить следующие «Я»- образы:*

«Я»- реальное, т.е. представление о себе в настоящем, текущем времени. Если человек говорит или думает в какой-то момент времени о себе с презрением, то это не должно восприниматься как стабильная характеристика его «Я»- образа. Более чем вероятно, что его представление о себе сменится через некоторое время на противоположное.

«Я»- идеальное – можно противопоставить «Я»- реальному представлению о себе. «Я»- идеальное – это представления о том, каким бы хотел быть индивид в данных конкретных условиях. «Я» -идеальное выступает как необходимый ориентир самовоспитания личности.

Иногда в «Я»- концепции выделяют еще и «Я»- фантастическое, т.е. то, каким бы субъект пожелал стать, даже если невероятное оказалось возможным. Фантастический образ своего «Я» имеет большое значение у детей, особенно у подростков, в связи с их склонностью строить планы на будущее, создание которых невозможно без фантазии и мечты. Однако преобладание в структуре личности фантастических представлений о себе, которые не сопровождаются осуществлением желаемого, не всегда положительное явление, т.к. очевидное несовпадение желаемого и действительного могут дезорганизовать самосознание и травмировать человека.

Во всем множестве «Я»- образов следует упомянуть и о «Я»- зеркальном, т.е. собственных представлений человека о том, каким он воспринимается глазами окружающих его людей. Этот компонент «Я»- образа является существенным для формирования личностной значимости и самооценки.

*Изучение «Я»- концепции и мотивации личности*

«Я»- концепция, или идеальная представленность индивида в себе как в другом, – важный структурный элемент психического облика личности. Степень адекватности «Я»- образа наиболее часто выясняется при изучении самооценки личности.

Самооценка – это оценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей. Самооценка играет важную роль в регуляции поведения человека.

Завышенная самооценка приводит к тому, что человек склонен переоценивать себя в ситуациях, которые не дают для этого повода. В результате он нередко сталкивается с противодействием окружающих, отвергающих его претензии. Все это может привести к озлобленности, проявлениям мстительности или нарочитого высокомерия в поведении. Чрезмерно низкая самооценка лежит в основе комплекса неполноценности, устойчивой неуверенности в себе и самообвинений.

Уровень притязаний тесно связан с самооценкой. По сути, уровень притязаний – это уровень самооценки личности, проявляющийся в степени трудности цели, которую ставит перед собой человек. Стремление к повышению самооценки в условиях, когда человек свободен в выборе степени трудности очередного действия, приводит к конфликту двух мотивов (тенденций): тенденции повысить притязания, чтобы одержать максимальный успех, и тенденции снизить их, чтобы избежать.

Люди, мотивированные на успех, обычно ставят перед собой некоторую положительную цель, достижение которой может быть однозначно расценено как успех. Взявшись за какую-нибудь работу, они рассчитывают на успех, одобрение, и сама работа вызывает у них полную мобилизацию и положительные эмоции.

Иначе ведут себя люди, мотивированные на избегание неудачи. Они неуверенны в себе, боятся критики. Работа, особенно такая, которая чревата возможностью неудачи, является источником отрицательных эмоций. В результате они часто оказываются неудачниками.

Для человека, стремящегося к успеху, привлекательность и интерес к неудавшейся ему задаче или деятельности возрастает, а для человека, ориентированного на неудачу, падает. Значимая, отдаленная во времени цель в большей степени способна стимулиро-

вать деятельность человека с развитым мотивом достижения успеха, чем с выраженным мотивом избегания неудачи.

Каузальная атрибуция (от лат. *causa* – причина и англ. *attribute* – приписывать, наделять) – склонность человека к причинному объяснению поступков других людей. Необходимость ее обусловлена тем, что информация, которую дает человеку наблюдение, часто недостаточна для адекватного взаимодействия с его социальным окружением и нуждается в «дистраивании». Если мы знаем причину поступка другого человека, то мы можем не просто его объяснить, но и предсказать подобный поступок в будущем, что важно в общении и взаимодействии людей. При таком подходе каузальная атрибуция одновременно выступает и как потребность человека в понимании причин поступков других людей, и как способность к такому пониманию (Хайдера Ф., 1958 и другие).

#### *Основные теории и модели описания мотивации*

Следует различать первичные виды мотивации, или биологические виды побуждения, необходимые для нормального функционирования организма, и потребности, имеющие лишь отдаленное отношение к выживанию. Для того, чтобы объяснить эти два различных вида мотивации, выдвигалось множество теорий.

Теория биологических побуждений. Голод, жажда, потребность в кислороде – первичные потребности, удовлетворение которых жизненно необходимо для всех живых существ. Любое отклонение в балансе нужного организму компонента автоматически приводит к соответствующей потребности и биологическому импульсу к ее удовлетворению. Поддержание равновесия, при котором организм не испытывает никаких потребностей, называется гомеостазом. Отсюда термин «гомеостатическое поведение», т.е. поведение, которое направлено на устранение мотивации путем удовлетворения вызвавшей ее потребности.

Гомеостатические системы часто сравнивают с термостатом, который обеспечивает постоянство температуры внутри него. Эта теория прямой и простой мотивации позволяет объяснить удовлетворение биологических потребностей, но совершенно непригодна для объяснения всей сложности поведения человека.

Теория оптимальной активации. Известно, что поведение индивидуума тем эффективнее, чем ближе его уровень бодрствования к некоторому оптимуму – он не должен быть ни слишком низким, ни слишком высоким. При более низких уровнях готовность субъекта к действию постепенно уменьшается, и вскоре он засыпает, а при более высоких он будет больше взволнован, возбужден, и его поведение может даже полностью дезорганизоваться. Изучение потребностей привело к формулировке знаменитого закона Йоркса – Додсона, который позволяет фиксировать оптимальный уровень потребностей человека и их влияние на организацию активности. Суть закона состоит в том, что для каждой задачи, стоящей перед человеком, существует свой оптимум мотивации.

Согласно теории оптимальной активации, организм стремится поддерживать оптимальный уровень бодрствования и активности, который позволяет ему функционировать более эффективно. Этот уровень зависит от физиологического состояния человека в каждый данный момент. Таким образом, одни люди нуждаются в более сильном притоке стимулов, другие способны выносить их лишь в ограниченном количестве.

Оптимальный уровень активации различен в разных психических состояниях – при отдыхе или в состоянии творчества. Из описания экспериментов с сенсорной изоляцией известно, что мозг неадекватно реагирует при отсутствии раздражителей. Приверженцы теории оптимальной активации видят в этом пример такой ситуации, которой организм стремится избежать. Однако эта теория, хотя и позволяет объяснить, чем вызывается какое-то поведение, но не дает ответа на вопрос, по какому конкретному пути это поведение пойдет.

Потребностно-информационная теория предложена академиком П.В. Симоновым (1987).

По мнению автора и его последователей, между витальными функциями индивида и структурой его личности имеется неразрывная связь. Под витальными функциями понимаются как общевитальные (индивидуально-органические, видовые), так и специфически человеческие (социальные, когнитивные).

Витальные функции, получая свое отражение в сознании, осознаются как определенные потребности. Осознание витальных функций как потребностей на языке физиологии есть их кортикальное представительство, высшая интеграция. Переживание витальных функций означает актуализацию потребности жить, и притом жить в каждый момент времени определенным образом. Здесь имеется в виду осознание нужды в чем-то, находящемся вне организма, – в вещах объективного мира и в манипуляциях с ними, а также в других людях и определенных взаимоотношениях между ними.

В данной концепции существенны указания на связь потребностей с эмоциями. Эмоция является отражением мозгом не только какой-либо актуальной потребности, но и вероятности (информация, знания, навыки, энергетические ресурсы и пр.) ее удовлетворения. Низкая вероятность удовлетворения потребности ведет к возникновению отрицательных эмоций. Возрастание вероятности удовлетворения по сравнению с ранее имевшимся прогнозом порождает положительные эмоции. Сама по себе эмоция не несет информации об окружающем мире, но выступает важным регулятором усиления или ослабления потребности, их динамики.

Когнитивные теории мотивации. Побуждение к действию может возникать у человека не только под влиянием эмоций, но также, под воздействием знаний (когниций), – их согласованности или противоречивости.

Одним из первых обратил на это внимание Л. Фестингер (1957). Главным положением его теории когнитивного диссонанса является утверждение о том, что система знаний человека о мире и о себе стремится к согласованию. Существование диссонанса, т.е. отношений несогласованности, несоответствия между когнициями (знания, мнения, убеждения) является само по себе мотивирующим фактором и психологически дискомфортно. Человек пытается уменьшить диссонанс и добиться консонанса («соответствия»).

Когнитивный диссонанс может рассматриваться как исходное условие, которое вызывает активность, направленную на уменьшение диссонанса, подобно тому как голод ведет к активности, направленной на его утоление.

Наиболее выраженное мотивационное влияние когнитивный диссонанс оказывает при принятии жизненно важных решений, вынужденном совершении нравственно неприемлемых поступков, преодолении межличностных конфликтов. Человек стремится к избеганию диссонанса. Даже после совершения действия, повлекшего за собой нежелательный результат, он стремится задним числом повысить ценность этого результата и невольно ищет дополнительные, оправдывающие аргументы. Однако иногда после принятия решения повышается ценность не того варианта, который был избран, а того, который оказался отвергнутым. В результате диссонанс не уменьшается, а еще больше увеличивается.

Иерархия потребностей. Многие психологи усматривают в мотивации ядро личности, а в его познании – ключ к исследуемому человеку.

В каждой теории личности предлагаются в качестве ведущих различные мотивы. Например, в группе теорий личности психоаналитической ориентации, как правило, предлагается ведущим один мотив: либидо (З. Фрейд), превосходства (А. Адлер), избегания тревоги (Г. Салливан), аффилиации (Э. Фромм) и др.

По мнению отечественного психолога А.Н. Леонтьева (1903-1979), количество мотивов может быть бесконечным, т.к. их источники находятся в практической деятельности человека, которая весьма разнообразна.

Существует и промежуточная точка зрения, когда в качестве ведущих выдвигается несколько мотивов. Например, американский исследователь мотиваций Г.А. Мюррей (Murray H., 1953) предлагает список вторичных (психогенных) потребностей, возник-

кающих у человека на базе инстинктоподобных влечений в результате воспитания и обучения: в достижении успеха, аффилиации, агрессии, независимости, противодействия, уважения, унижения, защиты, доминирования, привлечения внимания, избегания вредностей, избегания неудач, покровительства, порядка, игры, неприятия, осмысления, сексуальных отношений, поиска помощи и зависимости, понимания.

По иному к классификации потребностей подходит один из создателей гуманистической психологии, американский психолог А. Маслоу (Maslow A., 1962). Он классифицирует потребности по иерархически построенным группам. Выбор когнитивной деятельности может быть адекватно осуществлен только тогда, когда организм в оптимальной степени активирован, и его элементарные потребности удовлетворены. По мнению Маслоу, у человека с рождения последовательно появляются следующие семь классов потребностей.

1. Физиологические потребности, обеспечивающие выживание человека. К ним относятся потребности в еде, питье, жилище, отдыхе и сексе.

2. Потребности в безопасности (и уверенности в будущем) – это стремление чувствовать себя защищенным, желание избавиться от неудач и страхов (безопасность физическая и психологическая).

3. Социальные потребности включают чувство принадлежности к чему-либо или к кому-либо, чувство принятия тебя другими, причастности к группе.

4. Потребности в уважении – это потребности в самоуважении, признании личных достижений и компетентности, уважении и одобрении окружающих.

5. Когнитивные (познавательные) потребности.

6. Эстетические потребности (в красоте, гармонии, симметрии и порядке).

7. Самоактуализация – это потребность самовыражения и реализации своих способностей, талантов, самосовершенствование.

Согласно гуманистическому подходу, любое существо стремится к своему расцвету, действуя в наибольшем соответствии со своими возможностями и притязаниями. Теория А. Маслоу обращает особое внимание на то, что высшие потребности не могут проявиться, если более примитивные не были удовлетворены. Следующая ступень мотивационной структуры имеет значение лишь тогда, когда предыдущие ступени реализованы («пирамида потребностей»).

*Методы удовлетворения потребностей высших уровней* (Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф., 1992)

**Социальные потребности:**

1. Давайте сотрудникам такую работу, которая позволяла бы им общаться.
2. Создавайте на рабочих местах дух единой команды.
3. Проводите с подчиненными периодические совещания.
4. Не старайтесь разрушить возникшие неформальные группы, если они не наносят организации реального ущерба.
5. Создавайте условия для социальной активности членов организации вне ее рамок.

**Потребности в уважении:**

1. Предлагайте подчиненным более содержательную работу.
2. Обеспечьте им положительную обратную связь с достигнутыми результатами.
3. Высоко оценивайте и поощряйте достигнутые подчиненными результаты.
4. Привлекайте подчиненных к формулировке целей и выработке решений.
5. Делегируйте подчиненным дополнительные права и полномочия.
6. Продвигайте подчиненных по служебной лестнице.
7. Обеспечивайте обучение и переподготовку, которая повышает уровень компетентности.

**Потребности в самовыражении**

1. Обеспечивайте подчиненным возможность для обучения и развития, которая позволила бы полностью использовать их потенциал.

2. Давайте подчиненным сложную и важную работу, требующую от них полной отдачи.
3. Поощряйте и развивайте у подчиненных творческие способности.

## 5. Акцентуации личности в психологии

*Понятие «Акцентуации характера» в психологии. Описание основных типов акцентуаций по К. Леонгарду*

Акцентуации характера – крайние варианты психической нормы, при которых отдельные черты характера наиболее выражены, в связи с чем обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного ряда психогенных воздействий при хорошей устойчивости к другим психогенным воздействиям.

Акцентуации характера наиболее ярко проявляются в подростковом возрасте; у взрослых людей они могут быть относительно компенсированы.

*Описание акцентуаций личности по К. Леонгарду*

**1. Гипертимический тип.** Гипертимическая личность легко распознается в обычной беседе. Разговорчивость и жизнерадостное настроение сразу обращают на себя внимание. Умственная подвижность находит свое отражение в мимике.

Гипертимические натуры всегда смотрят на жизнь оптимистически, без особого труда преодолевают грусть, вообще им нетрудно живется на свете. Благодаря усиленной жажде деятельности, они достигают производственных и творческих успехов. Жажда деятельности стимулирует у них инициативу, постоянно толкает на поиск нового. В обществе гипертимические личности являются блестящими собеседниками, постоянно находятся в центре внимания, всех развлекают. Они способны говорить и рассказывать без конца, только бы их слушали. Такие люди не могут наскучить, с ними интересно, они пересыпают свою речь прибаутками, остротами и никогда долго не задерживаются на одной теме. Такие люди любят господствовать в обществе. Здесь они выделяются своим повышенным тонусом, весельем, находчивостью и остроумными выходками. В трудовой деятельности их отличительные качества – изобретательность и богатство идей. Иногда они бывают раздражительны, что особенно заметно в семейном кругу, где нет ни отвлекающего оживленного общества, ни сдерживающего влияния начальства. Все это сопровождается частой сменой места работы, а иногда и профессии. Безоблачная веселость, чрезмерная живость таят в себе опасность, ибо такие люди шутя проходят мимо событий, к которым следовало бы отнестись серьезно. У них постоянно наблюдаются нарушения этических норм, поскольку они в определенные моменты как бы утрачивают и чувство долга, и способность к раскаянию. Человек за многое берется и ничего не доводит до конца. Положительные черты гипертимического типа: общительность, энергичность, оптимизм, инициативность, легкое отношение к жизненным проблемам, эрудированность, цветущий внешний вид, прекрасный аппетит. Отрицательные черты гипертимического типа: импульсивность, необдуманность поведения, высказываний, необязательность, лень, легкомысленность, раздражительность, склонность к позе к фразе. Позитивные ситуации, благоприятные для этого типа: трудовое общение, множество поверхностных контактов, необходимость оперативных решений без их глубокой проработки. Негативные (неблагоприятные) ситуации: необходимость спокойного анализа, ответственных решений, работа в неспешном ритме, вынужденное одиночество, однообразие обстановки, скука, конкуренция на роль лидера, контроль.

**2. Дистимический тип.** Дистимная личность по натуре серьезна и обычно сосредоточена на мрачных, печальных сторонах жизни в гораздо большей степени, чем на радостных. Дистимическая личность также может быть легко распознана в обыкновенной беседе уже по одному застенчивому и безрадостному виду. Мимика у таких людей маловыразительная. При расспросах они обычно подтверждают, что всегда серьезны, а чувства свободной и приятной веселости вообще никогда по-настоящему не испытыва-

ли. Если серьезность достигает патологической степени, это может привести к полной утрате жизнерадостности и общей замедленности реакции. Серьезная настроенность выдвигает на передний план тонкие, возвышенные чувства, несовместимые с человеческим эгоизмом. Серьезная настроенность ведет к формированию серьезной этической позиции. Пассивность в действиях и замедленное мышление, в тех случаях, когда они выходят за пределы нормы, относятся к отрицательным свойствам этого темперамента. Положительные (благоприятные) черты дистимического типа: серьезность, ответственность, добросовестность, пунктуальность, чувство справедливости. Отрицательные черты: инертность, замедленность, пассивность, пессимизм, отшельничество, неумение радоваться вместе с окружающими, поддерживать группу. Позитивные (благоприятные для дистимического типа) ситуации: профессии типа «Человек – знаковые системы», «Человек – природа», не требующие работы на скорость. Негативные (неблагоприятные для типа) ситуации: необходимость быстро реагировать на изменения обстановки, менять способы работы, быстро принимать решения, сходиться с новыми сотрудниками, знакомиться с людьми.

**3. Циклотимический тип.** Аффективно-лабильные, или (при ярко выраженных проявлениях) циклотимические, личности – это люди, для которых характерна смена гипертимических и дистимических состояний. На передний план выступает то один, то другой из этих двух полюсов, иногда без всяких видимых внешних мотивов, а иногда в связи с теми или иными конкретными событиями. Любопытно, что радостные события вызывают у таких людей не только радостные эмоции, но также сопровождаются общей картиной гипертимии: жаждой деятельности, повышенной говорливостью, скачкой идей. Печальные события вызывают подавленность, а также замедленность реакций и мышления. Причиной смены полюсов не всегда являются внешние раздражители, иногда достаточно бывает неумолимого поворота в общем настроении. Если собирается веселое общество, то аффективно-лабильные личности могут оказаться в центре внимания, быть «заводилами», увеселять всех собравшихся. В серьезном, строгом окружении они могут оказаться самыми замкнутыми и молчаливыми. Положительные черты циклотимического типа: нестандартное отношение к миру, сочетание серьезности и романтичности, нормативность, обязательность, ответственность, не склонны к криминальному и делинквентному поведению. Отрицательные черты: погруженность в свой внутренний мир, субъективность оценок. Позитивные (благоприятные для циклотимического типа) ситуации: индивидуальный темп труда, отшельнический образ жизни. Негативные (неблагоприятные) ситуации: ситуации лишения привычной обстановки, ломка жизненного стереотипа, работа по заданию и в срок, необходимость в широком общении с людьми по условиям труда.

**4. Эмотивный тип.** Эмотивность характеризуется чувствительностью и глубокими реакциями в области тонких эмоций. Эмотивные личности отличаются крайней мягкосердечностью. Под этим подразумевают, что тяжелые переживания чересчур глубоко задевают обследуемого, что он не может «выключиться», его легко растрогать, события, происходящие в романе или в фильме, часто вызывают у него слезы. Такие люди предельно жалостливы, детских слез они не выносят и часто начинают плакать вместе с обиженным ребенком. Мужчины стесняются сознаться в чрезмерной слезливости, но они знают свою слабость и признают, что легко поддаются глубокой растроганности. Необходимо спрашивать у людей эмотивного темперамента также и о том, какое впечатление на них оказывают приятные переживания: вызывают ли глубокую реакцию радостные события, счастливые переживания, семейное счастье, красота природы, ощущают ли они трепет перед великими произведениями искусства. Эмоциональные реакции сильнее захватывают таких обследуемых, когда речь идет о печальных событиях, но они необычно сильны также и при радостных. Стоит лишь заговорить о событиях, мало-мальски связанных с эмотивными переживаниями, мимика таких людей всегда, выражает мягкосердечие или жалость. Положительные черты типа: добросер-

дечие, эмоциональность, исполнительность, чувство долга, доброжелательность и тактичность. Отрицательные черты: крайняя впечатлительность, потребность в особом стиле отношений, всепрощенчество, неумение увидеть главное, увязание в деталях. Позитивные (благоприятные для эмотивного типа) ситуации: общение в сфере искусств, необходимость субъективного проникновения в переживания других, отсутствие формальных ограничений общения и труда и объективного контроля. Негативные (неблагоприятные для эмотивного типа) ситуации: проблемы и болезни семьи, грубые отношения, конфликты, несправедливость со стороны близких людей и руководства.

**5. Демонстративный тип.** Демонстративные личности улавливают любую возможность представить себя с наилучшей стороны и с удовольствием ее используют. Демонстративные личности вообще склонны приписывать себе разные весьма положительные качества даже и тогда, когда о них не спрашивают. Свою историческую сущность такие люди, как правило, выдают всем своим поведением: все у них преувеличено – выражение чувств, мимика, жесты, тон. Всегда чувствуется отсутствие настоящего внутреннего фона всех этих проявлений. Они показывают себя не такими, какими есть на самом деле, а такими, какими им в данных обстоятельствах выгодно себя показать. Демонстративные личности, если расспрашивать их осторожно, охотно признаются в своем актерском даровании. Они с удовлетворением подчеркивают, что в обществе всегда чувствовали себя уверенно, что еще в школе выразительно декламировали стихи, с успехом участвовали в детских театральные постановках, а позже – в любительских спектаклях. В способности играть сказывается и положительный характер данной акцентуации: подобно тому как они играют, чтобы выставить себя в выгодном свете, они весьма успешно играют и на сценических подмостках. Демонстративные личности вообще часто одарены фантазией, столь важной и в других областях искусства. В большинстве своем они охотно признаются в полетах фантазии. Поскольку у таких людей явно выражена склонность избегать трудностей, они часто меняют не только место работы, но и профессию. В стрессовых ситуациях наблюдается бегство в болезнь и аномальные способности к вытеснению. Положительные черты демонстративного типа: эмоциональность, раскованность, способность увлечь, актерские данные, яркость выражения чувств, общительность. Отрицательные черты: эгоизм в маске участия, фантазерство, неискренность, способность увильнуть от решения неотложных вопросов, уходить в болезнь. Позитивные (благоприятные для демонстративного типа) ситуации: возможность устроить «шоу», быть на сцене в широком смысле слова, торговать, распоряжаться, «заботиться» о других. Негативные (неблагоприятные) ситуации: возможность раскрытия игры и обмана, недооценка «зрителями», ущемление права быть «звездой», равнодушие.

**6. Застревающий тип.** Основой застревающего, параноического, типа акцентуации личности является патологическая стойкость аффекта. Действие аффекта прекращается гораздо медленнее, и стоит лишь вернуться мыслью к случившемуся, как немедленно оживают и сопровождавшие стресс эмоции. Аффект у такой личности держится очень долгое время, хотя никакие новые переживания его не активизируют. Кроме того, их называют чувствительными, болезненно обидчивыми, легкоуязвимыми, злопамятными людьми. Обиды в таких случаях в первую очередь касаются самолюбия, сферы задетой гордости, чести. «Я могу простить обиду, но не забыть ее». Обычно их сильно задает несправедливость по отношению к ним самим. Лица этого склада весьма честолюбивы. Может проявиться стремление утвердить себя, добиться высокого положения. Такие люди часто достигают весьма высокого служебного положения, хотя оно и не всегда соответствует их образованию. В случае успеха мы часто наблюдаем проявления заносчивости, самонадеянности. Должному признанию, должной оценке таких людей постоянно мешают их конфликты с окружающими, из-за которых они не только не продвигаются вверх по служебной лестнице, но сплошь и рядом их понижают в должности. Такие люди обычно обвиняют в этом других, но иногда осоз-

нают и собственную вину. Они своенравны и не терпят возражений, они настолько бестактны в своих честолюбивых замыслах, что вызывают своим поведением искреннее возмущение коллег. Человек постоянно страдающий от мнимого «плохого отношения» к себе. Положительные черты застревающего типа: принципиальность, несгибаемость, сдержанность, хозяйственность, чувство идеи и долга, самопожертвование. Отрицательные черты: спонтанность привязанностей и обид, подозрительность, мстительность, самонадеянность, непомерные требования к окружающим. Позитивные (благоприятные для застревающего типа) ситуации: ситуации признания заслуг, поощрения привязанностей, следования его примеру. Негативные (неблагоприятные) ситуации: сомнение в ценности идей и привязанностей, уличение в несправедливом отношении к миру.

**7. Педантичный тип.** Представители данного типа относятся некоторым рабочим процессам чересчур серьезно, перепроверяют себя по многу раз, хотя это и не вызвано необходимостью. Они могут по дороге с работы домой мысленно возвращаться к рабочему дню, спрашивая себя, все ли ими было сделано как следует. Мы узнаем, что они по 2–3 раза себя проверяют, прежде чем сдать работу. Они рассказывают и о том, что с концом рабочего дня для них вовсе не кончаются служебные заботы, что, улегшись спать, они еще долго обдумывают, «как все сегодня получилось», а иногда, забега вперёд, начинают заранее «переживать» и завтрашний день. Бывает и так, что такие люди с полдороги возвращаются в учреждение: им показалось, что они забыли сделать что-то важное, хотя это почти никогда не подтверждается. Эти люди невероятно скрупулезны, на них можно положиться как ни на кого другого. Может быть, именно из этих соображений им поручают такую работу, при исполнении которой недопустимы ошибки. Правда, им часто требуется больше времени, чем другим людям, чтобы довести работу до конца. Такие люди, поэтому сплошь и рядом работают сверхурочно, не требуя никакой оплаты. Педанты «тянут» с решением даже тогда, когда стадия предварительного обдумывания окончательно завершена. Они хотят, прежде чем начать действовать, еще и еще раз убедиться, что лучшее решение найти невозможно, что более удачных вариантов не существует. Ананкаст не способен вытеснять сомнения, а это тормозит его действия. Для педантических личностей трудности начинаются там, где особая точность оказывается известной помехой в работе, так как бывают ситуации, когда в интересах работы в целом можно не стремиться к совершенству в отдельных деталях. Эти люди могут в связи со своим характером дойти в таких случаях даже до конфликтов. Вообще такие лица очень серьезно страдают под бременем ответственности: невозможность все выполнить так, как требует их добросовестность, делает их несчастными. Вследствие этого они не только не стремятся к повышению по службе, но даже отказываются, когда им предлагают более ответственную высокооплачиваемую должность. Нередко при этом устанавливаем, что педантичность распространяется не на все области жизни. Мужчины, озабоченные тем, чтобы на работе все шло идеально четко, часто в быту оказываются не слишком аккуратными. Любопытно, что для педантических личностей нередко более приемлемо вовсе снять с себя ответственность за порученное дело, чем пытаться справиться с ним неполноценно. Положительные черты педантичного типа: обязательность, ровное настроение, надежность, порядочность. Отрицательные черты: «занудливость», «буквоедство», формализм, ненужная дотошная перепроверка себя и других, нерешительность в неопределенных ситуациях. Позитивные (благоприятные для педантичного типа) ситуации: возможность реализации заданий в соответствии с инструкциями или определенными требованиями обстановки, стабильность отношений. Негативные (неблагоприятные для педантичного типа) ситуации: требования самостоятельных и нестандартных решений в неопределенной обстановке.

**8. Тревожный тип.** Тревожность, боязливость может быть как результатом аффективной экзальтации, так и первичным свойством личности тревожного человека. У детей частично отмечается акцентуация личности в плане тревожности, боязливости, у взрослых такая отличительная черта чаще присуща женщинам. Дети такого склада, об-

ладающие тревожно-боязливым темпераментом, боятся, например, засыпать в темноте или когда в помещении никого нет, заходить в неосвещенные комнаты и коридоры. Боятся собак. Трепещут перед грозой. Наконец, боятся других детей, поэтому те их часто преследуют и дразнят. Они не решаются защищаться от нападений, что как бы провоцирует других, более сильных и смелых, детей поиздеваться над своим боязливым товарищем, ударить его. Это «козлы отпущения», как их обычно называют, или «мишени», как предложил бы их назвать я, ибо они постоянно «вызывают огонь на себя». Любопытно, что сверстники сразу распознают их слабое место. Такие дети испытывают сильный страх перед учителями, которые этого, к сожалению, часто не замечают, усугубляя страх ребенка своей строгостью. Иногда дети при очередной шалости сваливают вину на боязливого ребенка, который действительно становится «козлом отпущения». У взрослых картина несколько иная, страх не столь полно поглощает взрослого, как ребенка. Окружающие люди не представляются им угрожающими, как в детстве, а поэтому их тревожность не так бросается в глаза. Впрочем, неспособность отстоять свою позицию в споре остается. Достаточно противнику выступить поэнергичнее, как люди с тревожно-боязливым темпераментом стушевываются. Поэтому такие люди отличаются робостью, в которой чувствуется элемент покорности, униженности. Наряду с этим различают еще ананкастическую робость, спецификой которой является внутренняя неуверенность в себе. В первом случае человек постоянно настороже перед внешними раздражителями, во втором – источником робости служит собственное поведение человека, именно оно все время находится в центре его внимания. Эти два типа робости можно дифференцировать при простом наблюдении. В обоих случаях возможна сверхкомпенсация в виде самоуверенного или даже дерзкого поведения, однако неестественность его сразу бросается в глаза. Боязливая робость может иногда перейти в доверчивость, в которой сквозит просьба: «Будьте со мной дружелюбны». Временами к робости присоединяется пугливость, которая может иметь чисто рефлекторный характер, но может быть и проявлением внезапного страха. Чем ярче выражена пугливость, тем более вероятна сопровождающая ее повышенная возбудимость вегетативной нервной системы, усиливающая соматическую реакцию страха, которая через систему иннервации сердца может сделать страх еще более интенсивным. Положительные черты тревожного типа: обязательность, впечатлительность, самокритичность эмоциональность, заинтересованность, дружелюбность, надежность и постоянство привязанностей. Отрицательные черты тревожного типа: тенденция «прилипать» к обстоятельствам и к людям, неумение дать отпор, растерянность перед новым, безынициативность, несамостоятельность, молчаливое согласие на несправедливое, но зато привычное течение событий. Позитивные (благоприятные для тревожного типа) ситуации: однозначные отношения с другими людьми, преимущественно благоприятные; точно определенные права и обязанности, ненужность инициативы, лидерства и дополнительного общения. Негативные (неблагоприятные) ситуации: несправедливые обвинения со стороны других, насмешки, необходимость определиться в отношениях, особенно с новыми людьми.

**9. Возбудимый тип.** Весьма существенны черты характера, вырабатывающиеся в связи с недостаточностью управляемости. Они выражаются в том, что решающими для образа жизни и поведения человека часто являются не благоразумие, не логическое взвешивание своих поступков, а влечения, инстинкты, неконтролируемые побуждения. Реакции возбудимых личностей импульсивны. Если что-либо им не нравится, они не ищут возможности примириться, им чужда терпимость. Напротив, и в мимике, и в словах они дают волю раздраженности, открыто заявляют о своих требованиях или же со злостью удаляются. В результате такие личности по самому пустячному поводу вступают в ссору с начальством и с сотрудниками, грубят, агрессивно швыряют прочь работу, подают заявления об увольнении, не отдавая себе отчета в возможных последствиях. Причины недовольства могут оказаться самыми разными: то им не нравится, как

на данном предприятии с ними обращаются, то зарплата мала, то рабочий процесс их не устраивает. Лишь в редких случаях речь идет о тяжести самого труда, ибо возбудимые личности, как правило, имеют склонность к занятиям физическим трудом и могут похвастаться тут более высокими, чем у другим людей, показателями. Раздражает их чаще не столько напряженность труда, сколько моменты организационные. В результате систематических трений наблюдается частая перемена места работы. У возбудимых личностей также часто констатируется весьма неровное течение жизни, однако не потому, что они постоянно избегают трудностей, а потому, что часто высказывают недовольство, проявляют раздражительность и склонность к импульсивным поступкам. Достаточно того, чтобы им что-либо не понравилось, как они сразу же отворачиваются и, не утруждая себя взвешиванием последствий, берутся за новое. Особенно отчетливо их возбудимость проявляется при глубоких аффектах. По мере возрастания гнева личности с повышенной возбудимостью от слов обычно переходят к «делам», т.е. к рукоприкладству. Неприятные события, расстроенные чувства могут привести этих людей к необдуманному поступкам, иногда к попытке самоубийства. Но особенно характерна для них необузданная возбудимость со вспышками ярости. Возбудимые личности нередко производят впечатление людей примитивных, т.е. уже по их мимике можно судить о невысокой интеллектуальной подвижности, они замечают только то, что сразу бросается в глаза. В беседе такие люди угрюмы на вид, на вопросы, отвечают крайне скупое. Одним словом, и здесь они не умеют держать себя в руках; Недостаточность управления собой нередко ведет к конфликтам в общении с людьми. Нередко у этих лиц мы сталкиваемся с хроническим алкоголизмом, так как и в приподнятом, и в подавленном настроении они охотно прибегают к алкоголю как возбуждающему средству. У девушек отмечается также сильное сексуальное влечение. Положительные черты возбудимого типа: энергичность, деловитость, инициативность, домовитость, хозяйственность, добросовестность. Отрицательные черты: раздражительность, склонность к гневу, нетерпимость к противоречию и самостоятельности других, способность «поднять руку», безудержность в увлечениях. Позитивные (благоприятные для возбудимого типа) ситуации: ситуации умственной и физической активности, работа в одиночестве. Негативные ситуации: ситуации обвинения, противодействия, морального и материального ущерба.

**10. Экзальтированный тип.** Такие личности склонны к глубокому реагированию на отдельные события, но также и к депрессивным или эйфорическим состояниям в широком общем плане. Аффективно-экзальтированные люди реагируют на жизнь более бурно, чем остальные. Темп нарастания реакций, их внешние проявления отличаются большой интенсивностью. Аффективно-экзальтированные личности одинаково легко приходят в восторг от радостных событий и в отчаяние от печальных. От «страстного ликования до смертельной тоски», говоря словами поэта, у них один шаг. Экзальтация в незначительной мере связана с грубыми, эгоистическими стимулами, гораздо чаще она мотивируется тонкими, альтруистическими побуждениями. Привязанность к близким, друзьям, радость за них, за их удачу могут быть чрезвычайно сильными. Наблюдаются восторженные порывы, не связанные с сугубо личными отношениями. Любовь к музыке, искусству, природе, увлечение спортом, переживания религиозного порядка, поиски мировоззрения – все это способно захватить экзальтированного человека до глубины души. Другой полюс его реакций – крайняя впечатлительность по поводу печальных фактов. Жалость, сострадание к несчастным людям, к больным животным способна довести такого человека до отчаяния. По поводу легко поправимой неудачи, легкого разочарования, которое другим назавтра уже было бы забыто, экзальтированный человек может испытывать искреннее и глубокое горе. Какую-нибудь рядовую неприятность друга он ощущает болезненнее, чем сам пострадавший. Страх у людей с таким темпераментом обладает, по-видимому, свойством резкого нарастания, поскольку уже при незначительном страхе, охватывающем экзальтированную

натуру, заметны физиологические проявления (дрожь, холодный пот), а отсюда и усиление психических реакций. Тот факт, что экзальтированность связана с тонкими и очень человеческими эмоциями, объясняет, почему этим темпераментом особенно часто обладают артистические натуры – художники, поэты. Артистическая одаренность представляет собой нечто в корне иное, чем научные способности в определенной области, например в математике. Положительные черты экзальтированного типа: эмоциональность, выразительность оценок и действий. Отрицательные черты: несдержанность чувств, гневливость или слезливость, эгоизм. Позитивные (благоприятные для экзальтированного типа) ситуации: возможность иметь «пищу» для чувств, работа «на износ». Негативные (неблагоприятные для типа) ситуации: монотонная работа, требование взвешенных оценок окружения, ограничение инструкциями, неприятие чувств и «глубины» ситуации.

## 6. Личность врача

Врачебная деятельность относится к трудным профессиям. Человек, посвятивший себя медицине, несомненно, должен иметь к ней призвание. Стремление оказать помощь другому человеку всегда считалось полезным качеством личности и должно было быть воспитано с детства. Только тогда, когда эти свойства личности становятся потребностью, можно считать, что у человека есть главные предпосылки успешного овладения медицинской профессией. Не случайно известный писатель и врач В.В. Вересаев писал, что научиться врачебному искусству невозможно, точно так же, как и искусству сценическому или поэзии. Можно быть хорошим медиком-теоретиком, но в практическом отношении с больными быть несостоятельным.

*Гуманизм врача.* Больной прежде всего вправе ожидать от врача искреннего желания помочь ему и убежден, что иным врач и быть не может. Он наделяет врача наилучшими качествами, присущими людям вообще. Можно думать, что первый человек, который оказал медицинскую помощь своему ближнему, сделал это из чувства сострадания, стремления помочь в несчастье, облегчить его боль, иначе говоря, из чувства гуманности. Вряд ли нужно доказывать, что именно гуманность всегда была особенностью медицины и врача – ее главного представителя.

Гуманизм, сознание долга, выдержка и самообладание в отношениях с больными, совесть всегда считались главными характеристиками врача. Впервые эти морально-этические и нравственные нормы врачебной профессии были сформулированы врачом и мыслителем древности Гиппократом в его знаменитой «Клятве». Конечно, исторические и социальные условия, классовые и государственные интересы сменявшихся эпох многократно трансформировали «Клятву Гиппократа». Однако и сегодня она читается и воспринимается как вполне современный, полный нравственной силы и гуманизма документ. Ее основные положения следующие:

– *уважение к жизни* («Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла, точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария»);

– *запрет на причинение вреда больному* («Я направлю режим больных к их выгоде сообразно моим силам и моим разумениям, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости»);

– *уважение к личности больного* («В какой бы дом я ни вошел, я войду туда только для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами»);

– *врачебная тайна* («Что бы при лечении, а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной»);

– *уважение к профессии* («Клянусь... считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями... Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство»).

*Врачебная тайна (конфиденциальность)*. Во взаимоотношениях врача и больного не последняя роль принадлежит умению врача хранить врачебную тайну. Обычно она включает в себя три вида сведений: *о болезнях, об интимной и семейной жизни больного*. Врач – не случайный обладатель этих сведений, сокровенных переживаний и мыслей больных. Они доверяются ему как человеку, от которого рассчитывают получить помощь. Поэтому распоряжаться имеющимися у врача сведениями о больном по собственному усмотрению можно лишь в редких случаях. Требование о неразглашении врачебной тайны снимается лишь в случаях, когда этого требуют интересы общества (например, при угрозе распространения опасных инфекций), а также при запросе судебных следственных органов.

### **Принципы личности медицинского работника**

1. Охрана здоровья граждан является одним из основных принципов деятельности медицинского работника. Соблюдай моральные и этические нормы, юридические законы, регламентирующие деятельность медицинского работника. Сохраняй и укрепляй физическое и психическое здоровье каждого человека.

2. Исполняй профессиональный долг по совести и с достоинством, не используй медицинские знания в ущерб нормам гуманности. Гарантия профессионального успеха – не деньги и прибыль, а качество работы. Никакое дело не будет успешным, если оно не стоит на крепкой нравственной основе.

3. Благороден не тот, кто богат или занимает высокий пост, а тот, кто без позы, скромно изо дня в день выполняет свой долг. Все, что ты делаешь, делай хорошо. Имей чистые руки, горячее сердце и холодный ум.

4. Проявляй высочайшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия. Уважение других людей – основа отношений с ними и самоуважения. Уважай пациента живого и умершего. Относись с уважением к праву умирающего на гуманное с ним обращение и достойную смерть; облегчай страдания пациента и оказывай психологическую поддержку его родственникам; никогда не прибегай к осуществлению эвтаназии, учитывай религиозные и культурные традиции граждан.

5. В медицинской профессии сострадание и помощь страждущим являются главными компонентами. Будь готов в любой момент с одинаковым старанием и терпением оказать медицинскую помощь пациентам независимо от их расы, национальности, вероисповедания, возраста и пола, сексуальной ориентации, характера заболевания, социального или материального положения. Не нарушай при этом этическую заповедь «Не навреди!» и помни: равнодушие к людям и их страданиям – качество, несовместимое с профессией медицинского работника.

6. За все хорошее и плохое воздастся. Посвяти свою жизнь добру, любви и помощи нуждающимся. Помогай пациентам осознавать свою социальную значимость. Не плоди зла, множь добро. Улыбка выздоравливающего пациента или облегчение страданий для умирающего больного будут первейшим вознаграждением.

7. Будь честным к себе, пациентам и коллегам. Помни: что ты скажешь или не скажешь, может быть неверно понято. Думай, что и как говоришь. Словом лечат, но словом и калечат. Будь верен своему слову. Умей контролировать свои эмоции, мимику, взгляд, интонацию. Борись с вредными привычками. Поддерживай свой авторитет и репутацию.

8. Уход за больным играет важную роль в его лечении и выздоровлении. При необходимости будь строг и в меру назидателен по отношению к больным и их родственникам, чтобы твои указания исполнялись в точности и без промедления.

9. Невозможно пройти по жизни в одиночку. Откликайся на эмоции и духовные запросы пациента. Эффективно используй весь медицинский персонал, находящийся в подчинении. По-настоящему счастлив тот, кто искал способа служить людям и, как мог, служил им.

10. Уважай право пациента на получение информации о состоянии его здоровья и принимаемые им решения, его право на осознанный выбор и активное участие в лечении и уходе за ним, право соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказаться от него.

11. Взаимное доверие – лучшая основа делового сотрудничества. Твоя моральная, этическая и юридическая обязанность – хранить медицинскую тайну о состоянии здоровья пациента, диагнозе и прогнозе заболевания, а также о личной жизни пациента даже после того, как он умрет.

12. Участвуй в исследовательской работе, приумножай знания и умения в течение всей профессиональной деятельности. Продолжай работу по созданию и поддержанию высоких стандартов по качеству диагностики, лечения и сестринского ухода. Помни: за свою деятельность ты несешь ответственность перед пациентом, коллегами, обществом.

13. Никогда не унывай, а думай и действуй. Переноси смиренно то, что нельзя изменить. Не останавливайся на достигнутом. Твой

14. профессиональный долг – повышать уровень своей культуры, непрерывно совершенствовать специальные знания и умения в течение всей профессиональной карьеры. Высокий профессионализм медицинского работника – важнейший моральный фактор товарищеских, коллегиальных взаимоотношений. Почитай учителей своих.

15. Не урони достоинства своего и не унижай профессию свою. Всеми силами поддерживай честь и благородные традиции медицинского сообщества.

16. Профессиональные способности – это совокупность (структура) достаточно стойких, хотя и изменяющихся под влиянием воспитания индивидуально-психологических качеств личности человека, которая определяет успешность обучения определенной трудовой деятельности, выполнения ее и совершенствования в ней.

17. Учащиеся неодинаково хорошо и быстро усваивают учебный материал и осваивают те или иные операции, так как имеют разные способности. Они могут иметь хорошие способности к одним предметам и плохие – к другим. Трудолюбие и настойчивость в учении иногда компенсируют недостаточно развитые способности. Поэтому хорошая успеваемость не всегда говорит о хороших способностях учеников. Способности характеризуются соотношением успеваемости и усилий учащегося для ее достижения.

18. Профессиональные способности развиваются только в профессиональной деятельности и в специальных упражнениях, рассчитанных на формирование необходимых для профессии личных качеств. Профессиональные способности представляют собой не какие-то новые особые качества, а определенные сочетания психических свойств и процессов, благоприятных для осваиваемой профессии.

19. Такие черты личности, как аккуратность, настойчивость, трудолюбие, любовь и интерес к своему делу, нужны для любой профессии. Но шоферу нужно отличать красный цвет от зеленого, кулинарам необходимы тонкий вкус, обоняние, музыкантам – хороший слух и т.д.

20. На формирование профессиональных способностей благотворное влияние оказывают:

- интерес учащихся к избранной профессии и учебным предметам;
- организованность учебного процесса и обеспеченность необходимыми учебными пособиями;
- успешность теоретических и практических занятий;
- стимулирование активности и самостоятельности учащихся в выполнении заданий;
- воспитание уверенности в успешности овладения профессией и стремления к преодолению трудностей;

- встречи с интересными людьми данной профессии.
- Чем сильнее педагог сумеет заинтересовать учащихся выбранной ими профессией, тем легче ему будет формировать их профессиональные способности. От того, какое впечатление у них останется от первых занятий, будет зависеть их отношение к профессии, к училищу, к учебным предметам, к преподавателям. Вот почему первые занятия с учащимися нового набора требуют особо тщательной подготовки.

**Общая и профессиональная культура.** Можно отметить еще ряд общих и более частых черт личности, которые нужно воспитывать у врача. Сюда относятся высокая общая культура и культура врачебной деятельности, организованность в работе, любовь к порядку, аккуратность и чистоплотность, т.е. черты, на которые указывал еще Гиппократ. Требования к личности врача, его внешнему облику и поведению постепенно оформились в специальном учении—медицинской деонтологии, которая рассматривается как наука о должном моральном, эстетическом и интеллектуальном облике медицинского работника, о том, каковы должны быть взаимоотношения между медиками, больными и их родственниками, а также между коллегами в медицинской среде.

**Профессиональная деформация.** В профессиях, связанных с взаимодействием человек—человек, огромное значение имеет ориентация на другого как равноправного участника взаимодействия.

Врачебная деятельность очень разнообразна и не ограничивается рамками только лечения, как это принято считать в немедицинской среде. Разнообразие видов врачебной деятельности создает различные способы ее осуществления, широкое поле деятельности для профессионала, но ставит проблему специфики влияния разных видов врачебной деятельности на профессиональную позицию врача, его ценностные ориентации.

Для описания влияния профессии на психическую жизнь профессионала введено специальное понятие — «профессиональная деформация». Впервые она стала описываться в 60-х годах как проблема функциональных возможностей человека. В нашей стране проблема профессиональной деформации впервые стала изучаться в области педагогики. Исследования показали, что в профессиях типа «человек—человек» профессиональная деформация существует, как и имеет место разный уровень подготовки и квалификации профессионала, и что должен осуществляться профессиональный отбор, так как существует идея профессиональной пригодности.

Профессиональная деформация развивается постепенно из профессиональной адаптации. Определенная степень адаптации естественна для медицинского работника. Сильное эмоциональное восприятие страданий другого человека в начале профессиональной деятельности, как правило, в дальнейшем несколько притупляется. Конечно, для врача просто необходима определенная степень эмоциональной сопротивляемости, но он должен сохранять те качества, которые делают его не просто хорошим профессионалом, но и оставляют человеком, способным к эмпатии, уважению к другому человеку, способному к соблюдению норм врачебной этики. Ярким примером профессиональной деформации является подход к пациенту как к объекту, носителю симптома и синдрома, когда пациент воспринимается врачом как «интересный случай».

Г.С. Абрамова и Ю.А. Юдчиц (1998) рассматривают профессиональную деформацию в виде *обобщенной модели*, которая включает как социально обусловленные причины ее, так и причины вызванные феноменами индивидуального сознания. К социальным причинам они относят влияния, связанные с необходимостью соблюдения врачом как государственным служащим многочисленных инструкций, которые регламентируют его деятельность. Понятием «инструкция» здесь обобщаются все формы готового знания (учебники, классификации болезней, нормативы и пр.), которые задаются нам извне, они не «пропущены» через собственный опыт и понимание. Как только профессионал принимает инструкцию за абсолютную истину, все профессиональные взаимоотношения деформируются определенным образом: врач может воспринимать пациен-

та не как целостную личность, а как определенную совокупность симптомов или объект манипуляций.

С другой стороны, врач может уверовать в свое могущество и власть над человеком, приняв на веру многочисленные мифы, циркулирующие в немедицинской среде, по поводу возможностей врача и современной медицины. Внешняя сторона лечения, кажущаяся неискушенному человеку магической, доступной только врачу, рождает «кастовый» характер медицинского знания. Так формируется еще один фантом профессиональной деятельности врача – ощущение власти над человеком, для которого медицинская помощь является последним шансом защититься от болезни.

Таким образом, врач имеет дело с двумя реальностями: неодушевленной (фантомы и инструкции) и живой реальностью – жизнью своей и других людей. Возникает соблазн их отождествления и создания иллюзии простоты. Профессионал начинает переживать исключительно простые чувства, выражающиеся в притягательной формуле «я могу», «я профессионал и лучше знаю как...что...». В результате принятия фантомов за истину сознание профессионала также фанто-мизируется–становится статичным, неподвижным, оно всегда знает, «как надо», «что должно быть» и «что с этим делать». Эти фантомы иногда могут осознаваться врачом на уровне переживаний – в виде чувства неудовлетворенности собой, профессией. Однако пока есть переживание, можно говорить и о возможности осознания факта профессиональной деформации и перспектив работы с ним. Профессиональная деформация не осознается в том случае, когда врач отказывается от переживаний, потому что они требуют усилий, предполагают проявления отношения к кому-либо или к чему-либо.

**Синдром хронической усталости у медицинских работников.** В профессиях, связанных с взаимодействием человек-человек, профессиональная усталость – это прежде всего усталость от другого человека. Это совершенно специфический вид усталости, обусловленный постоянным эмоциональным контактом с большим количеством людей. Особенно это относится к профессии врача, так как она предъявляет большую требовательность к личности профессионала и предполагает принятие ответственности за жизнь и здоровье другого человека. В значительной степени появлению усталости могут способствовать особенности работы в здравоохранении (дежурства, работа по сменам), чрезмерно большой прием. «Астения переутомления» обычно всегда развивается постепенно (в течение 6 и более месяцев от начала напряженной работы), ей предшествует более или менее длительный период волевого усилия, умственного напряжения и продолжения работы в условиях утомления. Утомление снижает работоспособность человека и эффективность его труда, что создает постоянную психотравмирующую ситуацию в виде ощущения им собственной несостоятельности и может привести даже к невротическому срыву. Наиболее частым симптомом астении является раздражительность. Она проявляется в повышенной возбудимости, нетерпеливости, обидчивости и несдержанности. Проявления раздражительности чаще носят характер кратковременных вспышек, которые нередко сменяются раскаяниями, извинениями перед окружающими, ощущениями вялости и усталости. Кроме этих основных симптомов, страдающие астенией жалуются на рассеянность, плохой сон, тревожность, неустойчивость настроения, головные боли.

В обыденном сознании общества бытует мнение, что состояние здоровья у врачей лучше, чем у других людей. Однако это далеко не так, особенно это касается их психоэмоционального, психического состояния. Отношение к своему состоянию в этом плане у врачей встречается преимущественно двух видов: 1) отрицающее – не обращает внимания на собственное психологическое состояние, считает его следствием простого переутомления, не обращается за помощью к специалистам; 2) пренебрежительное – недооценивает свою усталость; не изменяет свой стиль жизни, который, как правило, бывает несовместим с психологическим здоровьем. Очень часто врач с синдромом хронической усталости склоняется не только к несовершенной «самодиагностике», но и

несовершенной «самотерапии» – излишествам в употреблении транквилизаторов или употреблении спиртных напитков для снятия «напряжения».

Утомление врача отрицательно сказывается на его профессиональной деятельности и тем самым на его пациентах. Последствия утомления могут быть самыми разнообразными. Они могут проявляться в нетерпеливости и раздражительности – врач сокращает время приема каждого пациента, стремится как можно быстрее закончить вызывающую утомление работу, а у пациента при этом создается впечатление, что врач хочет от него отделаться, не воспринимает серьезность его жалоб и в целом относится к нему неуважительно. Производительность труда у врача снижается и замедляется из-за трудностей концентрации внимания, трудностей при постановке диагноза и выборе метода лечения, преобладанием так называемых диагностических коротких связей типа: «повышенная кислотность + кровь в желудке = язвенная болезнь» (Конечный Р., Боухал М., 1985). На пациента такой врач производит впечатление рассеянного, занятого своими проблемами, а зачастую и просто некомпетентного. Невнимательность и поспешность могут приводить к неосторожным высказываниям с психической травматизацией больного (ятрогениям) и даже к прямым врачебным ошибкам – необоснованному диагнозу или неудачно выбранному лечению.

Переживание собственной профессиональной несостоятельности при нарастании врачебных ошибок, трудности концентрации, затруднения в восприятии нового материала являются причиной травматизации самого врача, приводят к чувству недовольства результатами своей деятельности. Его состояние может усугубляться и возникновением конфликтов как с администрацией (из-за претензий к неудовлетворительной работе), так и с коллегами (вследствие вызванного утомлением раздражения) и с пациентами (из-за врачебных ошибок, отсутствия психологического подхода, неквалифицированных высказываний).

**Синдром «эмоционального выгорания» у медработников.** Термин «эмоциональное сгорание» введен американским психологом Х. Дж. Фрейденбергером в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами (пациентами) в эмоционально перегруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи.

Врачебная профессия требует от профессионала не только профессионального мастерства, но и большой эмоциональной самоотдачи. Врач постоянно имеет дело со смертью и страданиями других людей, и во многих других случаях для врача существует проблема «невключения» своих чувств в ситуацию, что ему далеко не всегда удается. Естественно, что только эмоционально зрелая, целостная личность в состоянии решать эти задачи и справляться с подобными трудностями. Вероятно, существует индивидуальный предел, потолок возможностей нашего эмоционального «Я» противостоять истощению, противодействовать «сгоранию», самосохраняясь. Синдром «эмоционального выгорания» характерен именно для профессионалов, изначально обладающих большим творческим потенциалом, ориентированных на другого человека, фанатично преданных своему делу.

При синдроме «эмоционального выгорания» у профессионала наступает своеобразное исчезновение или деформация эмоциональных переживаний, которые являются неотъемлемой частью всей нашей жизни. Его симптомы во многом сходны с таковыми при хронической усталости и составляют основной каркас для возможностей последующей профессиональной деформации.

В первую очередь человек начинает заметно ощущать утомление и истощение после активной профессиональной деятельности, появляются психосоматические проблемы типа колебаний артериального давления, головных болей, симптомов со стороны пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, бессонницы.

Другим характерным признаком является возникновение негативного отношения к пациентам и отрицательная настроенность к выполняемой деятельности. У врача исче-

зает тяга к совершенствованию в своей профессии, появляются тенденции к «принятию готовых форм знания», действию по шаблону с сужением репертуара рабочих действий, ригидность мыслительных операций. Недовольство собой с чувством вины и тревожными состояниями, пессимистическая настроенность и депрессия часто проявляются вовне в виде агрессивных тенденций типа гнева и раздражительности по отношению к коллегам и пациентам.

Содержательные характеристики СЭВ Абрамова Г.С. и Юдчиц Ю.А. (1998) описывают через изменение (деформацию) профессиональных и личностных качеств (авторитетность, оптимизм и др.), присутствие которых просто необходимо для успешного осуществления профессиональной деятельности и личностного роста врача.

*Авторитет врача* – профессионал с СЭВ неизбежно утрачивает свой авторитет как у пациентов, так и коллег. Авторитет связан прежде всего с профессионализмом и личным обаянием. Когда врач из-за равнодушия и негативного отношения к своей работе не в состоянии вдумчиво, внимательно выслушать жалобы пациента, допускает врачебные ошибки или проявляет агрессивность и раздражительность он утрачивает доверие к себе как профессионалу и уважение своих пациентов и коллег.

*Оптимизм врача* – пациент должен чувствовать здоровый оптимизм врача, а не основанный на желании поскорее закончить обследование («что вы волнуетесь зря, все у вас нормально, можете идти»). И наоборот, под влиянием выгорания врач демонстрирует циничное, часто жестокое отношение, преувеличивая последствия, например, несвоевременной явки в больницу (часто это происходит из-за желания «наказать» пациента за собственную эмоциональную несостоятельность).

*Честность и правдивость* – при тревоге, беспокойстве и неуверенности, вызванных СЭВ, врач утрачивает способность к правдивому и честному изложению информации о состоянии здоровья человека. Либо он излишне щадит психику больного человека, заставляя его пребывать в неизвестности, либо, наоборот, утрачивает необходимую меру в подаче диагностической или лечебной информации.

*Слово врача* – слово оказывает огромное суггестивное влияние на любого человека, а тем более слово врача для его пациента. Профессионал с СЭВ, переживающий чувства бессмысленности, безнадежности и вины, неминуемо передаст эти чувства своим пациентам в слове, интонации, эмоциональной реакции.

*Гуманизм врача* – обусловлен ценностным и целостным подходом к другому человеку. Врач, утративший содержание своей психической реальности, перестает обращаться к этому содержанию в других людях, обесценивая таким образом как себя, так и их.

## **7. Личность больного. Взаимоотношения больного с медицинским персоналом**

### **Больной и его образ «идеального врача»**

Каждый больной на основе культуральных влияний (представлений общества о враче), своего прошлого опыта общения с медиками и характера ожидаемой помощи имеет определенный образ врача, который может удовлетворить его потребности в помощи и эмоциональном общении. По мнению Ж. Лакана, существует пять факторов, влияющих на процесс взаимодействия врача и пациента: пол, возраст, национальность (раса), вероисповедание и сексуальная ориентация. Исследования показали, что все эти факторы оказываются значимыми, однако более значимыми являются личностные и характерологические свойства.

В.А. Ташлыковым (1984) на основании специального исследования было выделено несколько описаний представлений больных об образе «идеального» врача: «сопереживающий и недирективный», «сопереживающий и директивный» и «эмоционально-нейтральный и директивный».

**1. Сопереживающий и недирективный:** «Добрый, отзывчивый, терпеливый, склонный к глубокому сочувствию и состраданию, вызывающий у больного полное доверие и откровенность, способный все терпеливо выслушать и с пониманием отнестись к самым необычным заявлениям больного».

В клинике неврозов такой выбор предпочитался больными с истероидными чертами характера. У этих больных имеется повышенная потребность в особом понимании и признании их окружающими вследствие свойственного им эгоцентризма.

**2. Сопереживающий и директивный:** «Этому врачу свойственно стремление проникнуть в душу больного, понять суть его переживаний, но, несмотря на склонность к сочувствию, он будет действовать непреклонно и сможет заставить больного следовать его указаниям; своей чуткостью, отзывчивостью и в то же время твердостью, строгостью он вызывает доверие и уважение».

Выбор этого типа врача свойственен лицам с тревожно-мнительными чертами характера и отражает их надежды избавиться от нерешительности с помощью доброжелательной и сильной личности врача.

**3. Эмоционально-нейтральный и директивный:** «Ему свойственны твердые убеждения, целеустремленность, умение внести ясность в дело и довести его до определенного конца; по отношению к больным он внимателен, сдержан; вызывает доверие к себе своей уверенностью, волей и спокойствием, а умением убеждать и внушать он оказывает сильное влияние на больного».

Этот образ врача больше импонировал больным неврастенией в связи с их повышенной потребностью в приобретении прежде всего такого личностного качества, как самообладание.

**Пол, возраст и другие личностные качества врача.** Для большинства больных признаки пола и возраста врача являются второстепенными по сравнению с представлениями о его личности. Однако имеется некоторая тенденция к выбору врача более старшего по возрасту. Пол врача многими больными рассматривался как фактор, облегчающий общение (например, при обсуждении некоторых интимных вопросов своей жизни). В эталоне врача-женщины чаще преобладает «сопереживающий» комплекс личностных черт, а в эталоне врача-мужчины – «эмоционально-нейтральный».

Наиболее ценными для больных оказываются следующие (в порядке убывания) личностные качества врача: ум, увлеченность работой, внимательность, чувство долга, терпеливость, чуткость, интуиция, серьезность, доброта, чувство юмора.

Техники налаживания с пациентом определенного психологического контакта, необходимого для успеха того или иного терапевтического вмешательства, часто называют «техниками присоединения». Таких техник в профессиональной психотерапии много, хотя умение «почувствовать» другого человека во многом зависит от психологических свойств самого врача, его *эмпатийности* и может быть естественным. Технические приемы обучения умению налаживания психологического контакта в первую очередь направлены на развитие и совершенствование личностных эмпатийных способностей у самого врача.

## **Личность больного и эффективность психологического контакта с ним**

Пациент, как правило, имеет право выбора врача в соответствии с собственными мотивами и ценностями. Врач ограничен в своем выборе пациента и должен быть подготовлен к общению с любым человеком.

Личность больного, как и любого другого человека, характеризуется группой качеств: темпераментом, способностями, интеллектом, характером и пр. Многие из этих характеристик врачу приходится учитывать для формирования эффективного контакта с больным. Одна из таких особенностей личности – это соотношение в ней качеств экстраверсии и интроверсии.

Больные экстраверты полностью обращены во внешний мир, у них широкий круг знакомств и интересов, они инициативны, импульсивны, гибки. В своих неприятностях они чаще винят внешние обстоятельства, судьбу, случай. Они склонны к агрессии и гневу. Психологические тесты позволяют легко установить принадлежность больного к экстравертам. Общение с такими пациентами целесообразно начинать с формирования эмоционального контакта, а установив его, переходить к информационному.

Для противоположного, интровертированного типа больных гораздо больший интерес представляет не внешняя среда, а переживания собственного внутреннего мира. Им никогда не бывает скучно «наедине с собой». Они более замкнуты, склонны к самоанализу, хуже адаптируются к изменениям окружающей среды. Для таких больных нет мелочей в своем здоровье, любой вопрос должен быть разобран максимально подробно, иначе у них легко формируется тревога. Ответственность за события своей жизни такие пациенты чаще всего берут на себя. Темп их мышления нередко бывает медленным, и это заставляет врача испытывать серьезные трудности, если беседа идет в условиях дефицита времени. Контакт с таким больным труден, его лучше начинать с нейтрального, информационного. Лишь при условиях хорошего делового общения у подобных больных формируется положительное эмоциональное отношение к врачу.

Большое значение для установления эффективного контакта имеет знание врачом характерологических особенностей больного, особенно наличие стойкого чрезмерного усиления (акцентуации) каких-либо отдельных черт характера. В повседневной жизни акцентуированные черты могут играть двоякую роль в социальной адаптации: они одновременно усиливают личностную устойчивость к одним неблагоприятным воздействиям и ослабляют ее к другим. При психотравмирующих ситуациях такая избирательная уязвимость может облегченно приводить к личностной декомпенсации и невротическому состоянию. Психологические тесты позволяют легко выделять все основные типы акцентуации характера.

### **Методики установления психологического контакта**

Практически любая встреча и беседа врача с больным, даже если она предпринимается только с диагностической целью, имеет важное значение для установления и поддержания оптимального психологического контакта. Особенно важно профессионально грамотно и умело провести с больным первую встречу и беседу, с которой и начинается лечебный процесс.

Первую беседу с больным следует организовывать и проводить обдуманно. Она имеет не только диагностическое значение, но важна и как психотерапевтический фактор. Больной должен увидеть внимательное отношение к себе и искреннее желание помочь ему. Лучше, когда при первой беседе нет посторонних лиц, а иногда и родственников. Тогда врачу легче найти контакт с пациентом, начать диалог, поставить вопросы и стимулировать рассказ о себе.

Очень важно уметь выслушать больного и отметить, что для него является самым важным. В самой постановке вопросов следует избегать воздействий внушающего характера – суггестивные вопросы, требовательный тон голоса или игнорирование жалоб. Конечно, трудно составить четкие универсальные правила первой беседы и вообще правила обращения с больными. В каждом конкретном случае наиболее удобный способ избирается врачом в зависимости от состояния больного и опыта врача.

### **Техники активного слушания**

Стремительный темп жизни привел к тому, что мы все хорошо говорим и плохо умеем слушать. Имеется два вида слушания: оценочное или без оценки. В медицинской практике ценится слушание без оценки. В любом случае цель врача – разговорить па-

циента и получить максимум информации. Поза врача должна демонстрировать внимание: подбородок на руке, легкий наклон головы к больному. Встреча глаз – периодически. Нельзя «сверлить» больного глазами, но при информации об интимных вещах отводить глаза не следует, это ведет к мгновенной потере контакта.

*Безоценочное слушание.* Главное при активном безоценочном слушании – это умение молчать, поддакивать, перефразировать сообщения больного. Обязательное условие – заинтересованность. Можно демонстрировать больному эмпатийное понимание того, что тот чувствовал. Это могут быть следующие стандартные фразы-клише: «Вы тогда, наверное, расстроились», «Сколько же Вам пришлось пережить» и прочие. Однако нельзя перегружать беседу подобными психологическими клише, т. к. сверхсочувствие – это всегда бесчувственность.

Для того чтобы добиться одинакового с больным понимания того, что он говорит, можно пользоваться приемами усиления диалога, например такой фразой-клише: «Продолжайте, пожалуйста, это очень важно». Умению видеть «горячие точки» в анамнезе помогают симптомы напряженности в речи больного и психологическая защита. Напряженность проявляется в изменении темпа речи – появлении пауз и слов-паразитов (если их ранее не было), штампов, иронии. В отличие от юмора, свидетельствующего о хорошем контроле за ситуацией, ирония чаще говорит о психологическом неблагополучии.

Важными признаками психологического неблагополучия является стремление больного уклоняться от ответа на некоторые вопросы или отвечать общими фразами. Кроме того, больные психосоматическими заболеваниями на вопрос о своих конфликтах часто также отвечают отрицательно, искренне полагая при этом, что у них «все нормально». В речи этой группы пациентов нужно уметь выявлять элементы психологической защиты, указывающие на фактическое присутствие конфликтной ситуации. Распознавание защитного поведения важно для последующего лечения больного. Оно поможет осознать причины возникшего заболевания. Все это можно уловить при максимально полном высказывании больного, слушая его безо всяких оценок.

*Оценочное слушание.* Оценочное слушание целесообразно тогда, когда сам больной хочет оценки. При обсуждении течения болезни, результатов анализов медицинский работник ежедневно сталкивается с необходимостью оценочного слушания. Его всегда желательно начинать с положительной оценки. Следует помнить, что осудить и психологически всегда легче, поскольку это повышает собственную самооценку. У больных с лабильным или сниженным настроением приходится помнить о сильном деструктивном компоненте порицания, поэтому не стоит заканчивать разговор отрицательной оценкой чего-либо, касающегося больного.

При затянувшемся или малоэффективном разговоре могут быть применены приемы сокращения диалога. Психологическое клише в этом случае может быть следующим: «Уточните, пожалуйста, я не совсем понял...» и жест остановки рукой.

Когда больной ошибается в своих суждениях, возникает необходимость немедленной отрицательной оценки. Чтобы не потерять при этом установившийся психологический контакт, можно воспользоваться приемами корректного отбоя. Психологическое клише в этом случае может быть следующим: «Вы, конечно, можете со мной не согласиться, но я совершенно уверен, что...».

Часто у больного во время эмоциональной беседы могут появиться слезы или наблюдается гнев, агрессия. Этого не следует пугаться. Такие проявления свидетельствуют о «горячих точках» в анамнезе, которые могут играть серьезную роль в заболевании. Подкрепив ситуацию фармакологическими средствами (возможно, что вполне достаточным будет дача валерианы или пустырника), пациенту все же следует дать возможность полностью высказаться. Отре-агирование эмоций обычно значительно облегчает психологическое состояние больного.

**Бессловесное общение.** Информация, получаемая от больного, идет на разных уровнях восприятия, так как общение не исчерпывается устными и письменными сообщениями, важную роль в нем играет и невербальная информация – мимика, жесты, интонации. Все эти проявления имеют значение только в контексте разговора и не несут никакой прямой смысловой нагрузки вне беседы.

Читая жесты в диалоге с больным, мы осуществляем обратную связь, понимая, как встречено то, о чем мы говорим, – с одобрением или враждебно, сомневается больной или не верит. Своеобразным предупреждающим сигналом о неблагоприятном протекании беседы будет появление рассогласованности жестов и речи больного. Это бывает, когда устное сообщение больного сопровождается противоречащими словам видимыми жестами. Бессловесная информация в этом случае гораздо более информативна, и это может указать врачу, что нужно изменить свое поведение с больным, чтобы достигнуть нужного результата.

### **Первое впечатление больного от встречи с врачом**

Известный психолог Д. Карнеги в своей книге «Как завоевывать друзей и оказывать влияние на людей» отмечал, что «нет ничего приятнее для человека, чем звук его собственного имени», поэтому еще до первой беседы с больным целесообразно знать полное его имя, так как пациенту всегда будет импонировать такая информированность врача.

Если имеются условия и позволяет состояние больного, то первую беседу с ним лучше проводить наедине. Перед беседой медицинскому работнику обязательно нужно «посмотреть» на себя в зеркало: какой я иду. Это необходимо, т.к. на лице может оставаться мимика от предыдущего контакта, например, раздраженность, что может серьезно повлиять на первое впечатление.

Поскольку контакт с пациентом имеет две стороны – информационную и эмоциональную, то беседу хорошо бы начать тоном, которым мы говорим со старыми знакомыми. Хорошо, когда во время первой встречи имеется возможность не спешить и дать больному выговориться полностью. Первая беседа позволяет оценить ожидания больного о степени директивности контакта или наоборот, партнерства, сотрудничества. Первый разговор покажет также предпочитаемый для данного больного контакт – информационные сообщения или же эмоциональные проявления медицинского работника находят больший отклик у больного.

Больные, предпочитающие эмоциональный контакт, ищут в первую очередь сочувствия, человечности и никогда не простят отношения к себе, как к «материалу». Информацию такие больные воспринимают без сопротивления только от эмоционально-приятного собеседника. Вторая группа больных предпочитает информационный контакт – лишь врач, показавший свои деловые качества, становится достойным их уважения. Таким образом, обе стороны контакта являются необходимыми для успешного лечения, но очередность информирования врача разная с разными больными.

### **Техники убеждения**

С необходимостью убеждать больного приходится сталкиваться ежедневно, особенно если принять во внимание, что около половины пациентов, согласно данным зарубежной статистики, не выполняют назначения врача. Поэтому для многих больных выписанный рецепт или рекомендация врача является не более, чем информацией к размышлению. Прямые, лобовые советы (уехать из данного города, уйти с этой работы и прочее), как правило, вызывают сильное сопротивление больного. Любопытно, что явное сопротивление (когда пациент честно отказывается выполнить совет врача), яв-

ляется обычно не таким сильным, как скрытое (когда на словах больной обещает все сделать и ничего не выполняет фактически).

Лучше прямых советов работают косвенные приемы убеждения. Психологическое клише: «Я бы на Вашем месте, может быть, сделал бы так...» Эффект косвенного внушения связан с тем, что оно вызывает минимальное сопротивление больного. Однако значимая информация должна исходить от значимого человека. Если контакт с больным формальный, то лучше подыскать референта из окружения больного (друга, родственника), который по совету врача доведет до больного эту необходимую информацию. Быстро и эффективно может помочь найти референта в окружении больного «Цветовой тест отношений» (Эткинд А.М., 1980).

В литературе приводится ряд конкретных методов (техник) убеждения.

1. *Метод выбора.* Больному следует описать все «за» и «против» (например, положительные и отрицательные стороны его жизни после какой-либо операции), подвести его максимально близко к решению окончательного выбора, который он делает сам.

2. *Метод сократовского диалога* (метод семи «да»). Врачу следует подготовить 7 вопросов, на которые больной ответит утвердительно. Последним идет то, в чем необходимо убедить пациента. Не гибкие больные по инерции отвечают «да» и на последний вопрос.

3. *Метод авторитета.* Психологическое клише: «Консультант считает, что...»

4. *Метод вызова.* Психологическое клише: «Если Вы не сможете бросить курить, я Вас пойму, поскольку справиться с этим может только очень волевой человек». Метод практически не работает при убеждении женщин.

5. *Метод дефицита.* Определенная группа больных считает, что дефицитная процедура априорно считается хорошей. Поставив больного в ситуацию дефицита (например, очереди на консультацию или исследование), удастся без психологических потерь перейти через необходимость самой процедуры. Метод лучше работает при убеждении женщин.

6. *Метод проекции ожидания.* Психологическое клише: «Вы, как умный человек, конечно, согласитесь со мной, что...»

Вышеприведенные техники прямого убеждения «работают» гораздо лучше при разовых встречах с больным, а при длительных и тесных контактах большее значение приобретает *эмпатийная искренность врача.*

## Спор и конфликт

Споры нужны и в медицине, и в жизни. В спорах мы становимся умнее и логичнее. Знание, преподнесенное больному в беседе, всего лишь информация к размышлению. Знание, полученное в споре, становится убеждением. Спор – борьба, и побеждает тот, кто лучше вооружен. Однако врачу следует помнить, что нужно различать два вида споров. Есть споры конструктивные (реалистические, предметные), где ищется истина и больной восполняет свой дефицит информации. И есть споры конфликтные, софистические (нереалистические, беспредметные), где не истина важна, а необходима победа любой ценой.

В первую группу споров с больным врачу вступать можно и нужно. Во вторую врача, как правило, втягивают насильно. Последний конфликтный спор надо распознавать сразу: он ведь тоже рядится в поиски истины. Признаки конфликтного спора следующие: нежелание и неумение слушать противника, монолог, а не диалог; переход с истины на дискредитацию личности противника; предубежденность; эмоциональная агрессия; демонстрация своей значительности; порицание и осуждение, особенно огульное, всеобщего характера, что является неосознанным стремлением повысить свою самооценку. Этот тип конфликтов нередко обуславливается предвзятым отношением пациента к медицинской службе в целом или к отдельному врачу.

## Беседа: общая структура

Особенности беседы, ее структура зависят от поставленных задач, личности и опыта врача, характера заболевания и этапа лечения. Однако можно выделить и некоторые общие элементы структуры и последовательности каждой беседы. Акценты на том или ином элементе беседы могут быть различными в зависимости от характера болезни и ее этапа, методов лечения и личности больного.

Первым ее элементом является установление психологической *атмосферы доверия и откровенности* в общении терапевта с пациентом. С этой точки зрения ошибочным является чрезмерное «выпытывание» больного при сборе анамнеза. Как правило, такая сверхнастойчивость врача вызывает сопротивление, уход и замкнутость пациента. Желательно начинать диалог с уточнения анкетных данных в стиле взаимного знакомства, а не допроса. Это позволит с первых минут задать необходимый тон общения и быстро психологически взаимно адаптироваться.

В процессе беседы врач должен проявлять терпимость к человеческим слабостям и категорически *избегать роли моралиста*. Явно выражаемая врачом моральная оценка негативных поступков больного неизбежно несет в себе элемент осуждения, что затрудняет контакт и толкает больного на сокрытие некоторых эпизодов жизни, которые, возможно, существенны для понимания причины болезни. Это, конечно, не означает того, что врач одобряет негативные поступки больного, но он принимает его таким, какой он есть. Основная задача врача – лечение, и каждый больной, независимо от его личностных особенностей, имеет право на максимально возможную медицинскую помощь.

Внешний вид врача, поведение, поза, выражение лица – все должно демонстрировать больному искреннюю заинтересованность беседой и участие в проблемах больного. Не следует, однако, забывать и то, что диалог с больным – это не праздный разговор, а довольно напряженная работа как врача, так и больного. Поэтому следует избегать и другой крайности – выслушивания нецеленаправленного "излияния" больного. Необходимо умелое управление ходом беседы с больным, и инициатива в общении должна принадлежать врачу.

Вторым элементом беседы является предоставление больному *необходимой и понятной информации относительно болезни и лечения*. В беседе не следует употреблять специальную медицинскую терминологию. Несмотря на очевидность этого положения, студенты старших курсов и молодые врачи регулярно его нарушают. Вероятно, это обусловлено характером обучения, необходимостью освоения профессионального языка. Число терминов, которыми должен овладеть студент-медик, по объему эквивалентно изучению трех иностранных языков. Усвоить такой объем информации можно, лишь постоянно используя ее. Все студенты и начинающие врачи вначале испытывают серьезные трудности при общении с больным, который о своем заболевании рассказывает бытовым языком и способен воспринимать только лишние медицинские терминологии вопросы. Кроме того, не следует забывать, что понятные для больного разъяснения, его просвещение способствуют усилению веры больного в врача как знающего специалиста.

Третьим элементом беседы является *обсуждение с пациентом динамики проявлений болезни и хода лечения*. Здесь важно согласование с больным поэтапного выполнения лечебных задач, степени и формы участия самого больного в лечебном процессе. Врач активно поддерживает адекватное этапу болезни поведение больного и сдерживает нежелательные поведенческие реакции.

Четвертым элементом беседы может быть *обсуждение какой-либо проблемы* больного, связанной с жизненной ситуацией, межличностным или внутриличностным его конфликтом. Интерпретация обсуждаемой проблемы в случаях невротозов или другой психогенной патологии направляется на осознание пациентом связей между особенностями конфликта, нарушенной системой его отношений, патогенной ситуацией и функциональными болезненными расстройствами.

Пятой, заключительной, частью беседы является *подведение итогов*. В каждой беседе важно точной формулировкой определить достигнутое и наметить дальнейшие задачи лечения. Не следует забывать подчеркивать соответствующее участие самого больного в процессе лечения.

Строя общение с больным, целесообразно понимать, что лучше всего усваивается конец беседы, хуже – начало и совсем плохо – середина беседы. Эмоциональный накал в конце беседы приближает ее к внушению в состоянии бодрствования. После первой же беседы больному необходимо хотя приблизительно знать свою лечебную перспективу и иметь надежду. Если невозможно дать надежду, то хорошо бы поставить цель. Это делает больного активным участником своего выздоровления.

### **Познавательный аспект беседы**

Врач является важнейшим источником сведений, нужных для больного, особенно на первом этапе лечения, уже при первой их встрече. Эти сведения касаются характера болезни, прогноза течения ее, методов лечения и перспектив выздоровления. Для врача важно знать особенности собственной «концепции» пациента о болезни, его представлений о ее причинах, выраженности у него чувства угрозы для жизни и эмоционального стресса на факт заболевания, влияние болезни на социальную ситуацию (*«масштаб переживаний»* больного). С учетом этих данных и особенностей личности больного врач по уточнению диагноза передает пациенту свое понимание болезни и обсуждает с ним методы лечения. Устранение дефицита информации – важнейший аспект любой беседы и суть *малой повседневной психотерапии лечащего врача*, по Б.Е. Вотчину (1972). Искусство заключается в том, кому и сколько сказать. При этом никогда не следует давать больному оснований уличить врача в обмане.

Известные трудности представляет сообщение диагноза больному с тяжелым и малокурабельным заболеванием, объяснение его сущности и прогноза. Больной обычно знает или догадывается об истинной природе заболевания. Однако неутрачивающие объяснения врача поддерживают у него механизмы психологической защиты по типу "отрицания", которые и создают двойственную позицию в представлениях больного о диагнозе и тем самым сохраняют надежду на возможность благоприятного исхода.

Основное условие, которое следует учитывать при сообщении диагноза, – знание того, что хочет и что боится услышать больной. Главное требование при сообщении диагноза и прогноза – это щажение чувств больного и его родных.

Никогда не следует обманывать. Лучше недоговорить, чем обмануть. Надо подбирать слова, чтобы они ободряли и в то же время не давали повода больному и его родным говорить, что врач их обманул или ошибся.

Прогнозирование в медицине всегда представляет собой сложную задачу. Очень часто то, что представляется больному и его родным неопасным, нетяжелым, на самом деле вовсе таким не является. Важно умение так отвечать на вопросы о прогнозе, чтобы избежать ятрогенного воздействия.

При сообщении прогноза, особенно если он неблагоприятный, надо быть экономным в словах. Не стоит вдаваться в подробности и прибегать к специальным терминам. Там, где это возможно, хорошо бы указать приблизительные сроки в изменениях течения болезни к лучшему. Более подробно описываются лекарства, порядок их приема, каковы они на вид и вкус и как себя вести после приема препаратов.

### **Эмоциональный аспект беседы и самоконтроль врача**

Наряду с потребностью в разъяснениях, больной всегда испытывает потребность в определенном характере эмоционального общения с врачом. Больному важно видеть в враче не только хорошего специалиста, но и человека, который поймет его переживания, связанные с болезнью и его жизненной ситуацией.

Основу такого контакта между врачом и больным составляет доверительность. Обычно речь идет о доверии больного к врачу, и сама ситуация болезни и ее лечения содействует его повышению. Однако немаловажное значение имеет и определенная степень доверия врача к своему больному. Последнее является существенным фактором, определяющим характер эмоциональной дистанции между терапевтом и пациентом. Здесь следует различать жалость («мне жаль Вас»), симпатию («я сочувствую Вам») и эмпатию («я с Вами»). Эмпатический подход необходим врачу прежде всего как человеческое отношение к пациенту, именно он необходим для углубления доверительного контакта.

Беседуя с пациентом и наблюдая за ним, врач нередко акцентирует внимание лишь на его реакциях и поведении и значительно реже – на своих собственных чувствах и поведении. Врачу следует помнить, что суть межличностного общения состоит в постоянном действии «обратной связи». Врачу необходимо поддерживать в себе определенный эмоциональный самоконтроль, чтобы сохранить благожелательность даже при раздражительности, неадекватных реакциях и неадекватных установках больного. Скрываемое или недостаточно осознаваемое врачом негативное отношение к пациенту приводит к ухудшению контакта, так как больной улавливает невербальные проявления эмоций (мимика, жесты, интонации голоса) и тем самым получает представление об истинном отношении к нему врача.

Невербальное поведение врача особенно обостренно воспринимается мнительными и недоверчивыми пациентами. Они часто больше верят выражению лица врача, чем его словам, и это иногда может послужить источником "немой" ятрогении. В отношении таких пациентов весьма важным является убедительность и уверенность в разъяснении всех вопросов и сомнений больного. Врач также должен понимать, что его собственные чувства и отношения могут, в силу нарушения взаимоотношений с больным, влиять на правильность клинического анализа больных.

### **Основные формы психологического взаимодействия между врачом и больным**

После установления контакта между врачом и больным процесс общения приводит к созданию определенных форм взаимодействия между врачом и больным, которые устойчиво сохраняются в ходе терапии или изменяются на разных ее этапах. С точки зрения характера активности врача и степени участия больного в лечебном процессе можно выделить две основные формы их взаимоотношения: руководство и сотрудничество (партнерство).

*Руководство* – врач занимает ведущую, активную позицию, а больной остается сравнительно малоактивным. Руководство представляет собой выражение авторитета и власти специалиста, который всю ответственность за основные вопросы в период лечения берет на себя. Нередко такой врач наделяется «магическими» качествами, и больные особенно восприимчивы к его суггестивным влияниям. Эти больные воспринимали врача как доминирующую силу и были ориентированы на подчинение по типу «врач знает все, больной – ничего». Некоторым больным с относительно незрелой личностью, нуждающимся в руководстве, в авторитетных советах, этот тип контакта был необходим, для них он был эффективен на первом этапе лечения. Недостатком этого типа взаимоотношений является низкая активность больного, а также зависимость от врача по завершении лечения. Разъяснения, советы и рекомендации достаточно обоснованы, когда они касаются медицинского аспекта болезни и лечения. Но обоснованность их значительно уменьшается, когда затрагиваются морально-ценностные вопросы. В этих случаях неизбежно отражаются собственные ценностные ориентации врача, которые могут быть иными, чем у больного (например, проблемы брака, выбора профессии или перемены работы).

*Партнерство* – это модель не авторитарного сотрудничества, союза и предполагает активное участие больного в лечебном процессе, развитие его самостоятельности и ответственности в выборе альтернативных решений. Сотрудничество наиболее эффективно у больных, стремящихся противодействовать болезни. Пациент ожидает, что врач будет обсуждать и согласовывать с ним все предпринимаемые им действия, оставляя право принятия решения за больным. Врач избегает давать прямые указания, рекомендации, советы относительно реальных жизненных проблем своего пациента, поскольку такое поведение может подкреплять тенденции ухода от принятия решений им самим.

Если на первом этапе лечения врач избирает стиль «руководства», то в последующем он может стремиться к установлению сотрудничества (партнерства) в общении с больным. На разных этапах лечения отношения между больным и врачом выполняют разные функции.

На первом этапе лечения доминирует установление взаимопонимания, согласование целей лечения.

На втором этапе лечения более определенно структурируется система взаимоотношений между больным и врачом, устанавливается стиль ролевого поведения каждого из них и степень участия в лечебном процессе. Врач использует взаимоотношения с пациентом как лечебный инструмент (эмоциональная поддержка, коррекция межличностного опыта, конфронтация и т.д.).

На третьем этапе лечения врач снижает свою активность, способствует углублению самостоятельности и независимости пациента.

Наиболее распространенным подходом к пониманию взаимоотношений врача и больного в отечественной медицине является представление об активной позиции врача, который, однако, избегает крайностей директивного и недирективного стилей.

### **Характер заболевания и тип контакта**

Немаловажным фактором, который определяет формы взаимодействия врача и больного, является характер заболевания.

Руководство как модель полностью доминирующей позиции врача включает много вариантов. В случае, например, коматозного состояния и при выходе из него или в ситуации операции больной совершенно беспомощен и пассивен, всю ответственность врач в данных условиях берет на себя, лечение осуществляется без активного сознательного участия больного. Если же заболевание протекает остро (инфекции, травмы и т.д.), но с сохранением сознания, то пассивность больного уже не носит абсолютного характера. Врач обсуждает с ним ряд вопросов лечения, дает советы относительно поведения в данной ситуации.

Другая форма взаимодействия врача и больного – сотрудничество (партнерство) – также может иметь различные варианты в зависимости от характера заболевания, методов лечения. Эта форма взаимодействия особенно важна при хроническом течении заболевания, при неострых психических расстройствах или в период интенсивных реабилитационных мероприятий, т.е. в тех случаях, когда необходимо соучастие больного в лечебном процессе.

### **Практическая часть**

1. Методика определения «Типа личности» и «Вероятностных расстройств» данного типа Дж. Олдхэма и Л. Морриса
2. Характерологический опросник К. Леонгарда, Шмишека

## 1. Характерологический опросник (опросник К. Леонгарда-Шмишека)

*Инструкция:* «Вам будут предложены утверждения, касающиеся Вашего характера. Если Вы согласны с утверждением, рядом с его номером поставьте знак «+» (да), если нет – знак «-» (нет). Над вопросами долго не думайте, правильных и неправильных ответов нет».

### Текст опросника

1. У Вас чаще веселое и беззаботное настроение?
2. Вы чувствительны к оскорблениям?
3. Бывает ли так, что у Вас на глаза наворачиваются слезы в кино, театре, в беседе и т.п.?
4. Сделав что-то. Вы сомневаетесь, все ли сделано правильно, и не успокаиваетесь до тех пор, пока не убедитесь еще раз в том, что все сделано правильно?
5. В детстве Вы были так же смелы, как и Ваши сверстники?
6. Часто ли у Вас резко меняется настроение от состояния безграничного ликования до отвращения к жизни, к себе?
7. Являетесь ли Вы обычно центром внимания в обществе, компании?
8. Бывает ли так, что Вы беспричинно находитесь в таком ворчливом настроении, что с Вами лучше не разговаривать?
9. Вы серьезный человек?
10. Способны ли Вы восторгаться, восхищаться чем-то?
11. Предприимчивы ли Вы?
12. Вы быстро забываете, если Вас кто-то обидел?
13. Мягкосердечны ли Вы?
14. Опуская письмо в почтовый ящик, проверяете ли Вы, проводя рукой по щели ящика, что письмо полностью упало в него?
15. Стремитесь ли Вы всегда считаться в числе лучших работников?
16. Бывало ли Вам страшно в детстве во время грозы или при встрече с незнакомой собакой (а может быть, такое чувство бывает и теперь, в зрелом возрасте)?
17. Стремитесь ли Вы во всем и всюду соблюдать порядок?
18. Зависит ли Ваше настроение от внешних факторов?
19. Любят ли Вас Ваши знакомые?
20. Часто ли у Вас бывает чувство внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятности?
21. У Вас часто несколько подавленное настроение?
22. Бывали ли у Вас хотя бы один раз истерика или нервный срыв?
23. Трудно ли Вам долго усидеть на одном месте?
24. Если по отношению к Вам несправедливо поступили, энергично ли Вы отстаиваете свои интересы?
25. Можете ли Вы зарезать курицу или овцу?
26. Раздражает ли Вас, если дома занавес или скатерть висят неровно, или Вы сразу же стараетесь поправить их?
27. Вы в детстве боялись оставаться один в доме?
28. Часто ли у Вас бывают колебания настроения?
29. Всегда ли Вы стремитесь быть достаточно сильным работником в своей профессии?
30. Быстро ли Вы начинаете сердиться или впадать в гнев?
31. Можете ли Вы быть абсолютно, беззаботно веселым?
32. Бывает ли так, что ощущение безграничного счастья буквально пронизывает Вас?
33. Как вы думаете, получился бы из Вас ведущий в юмористическом спектакле?
34. Вы обычно высказываете свое мнение людям достаточно откровенно, прямо и недвусмысленно?
35. Вам трудно переносить вид крови? Не вызывает ли это у Вас неприятных ощущений?

36. Вы любите работу с высокой личной ответственностью?
37. Склонны ли Вы выступать в защиту лиц, по отношению к которым поступили несправедливо?
38. В темный подвал Вам трудно, страшно спускаться?
39. Предпочитаете ли Вы работу такой, где действовать надо быстро, но требования к качеству выполнения невысоки?
40. Общительны ли Вы?
41. В школе Вы охотно декламировали стихи?
42. Убегали ли Вы в детстве из дома?
43. Кажется ли Вам жизнь трудной?
44. Бывает ли так, что после конфликта, обиды Вы были до того расстроены, что идти на работу казалось невыносимым?
45. Можно ли сказать, что при неудаче Вы не теряете чувства юмора?
46. Предприняли бы Вы первые шаги к примирению, если Вас кто-то обидел?
47. Вы очень любите животных?
48. Возвращаетесь ли Вы убедиться, что оставили дом или рабочее место в таком состоянии, что там ничего не случится?
49. Преследует ли Вас иногда неясная мысль, что с Вами и Вашими близкими может случиться что-то страшное?
50. Считаете ли Вы, что Ваше настроение очень изменчиво?
51. Трудно ли Вам докладывать (выступать на сцене) перед большим количеством людей?
52. Вы можете ударить обидчика, если он Вас оскорбит?
53. У Вас очень велика потребность в общении с другими людьми?
54. Вы относитесь к тем, кто при каких-либо разочарованиях впадает в глубокое отчаяние?
55. Вам нравится работа, требующая энергичной организаторской деятельности?
56. Настойчиво ли Вы добиваетесь намеченной цели, если на пути к ней приходится преодолевать массу препятствий?
57. Может ли трагический фильм взволновать Вас так, что на глазах выступают слезы?
58. Часто ли бывает Вам трудно уснуть из-за того, что проблемы прожитого дня или будущего все время крутятся в Ваших мыслях?
59. В школе Вы иногда подсказывали своим товарищам или давали списывать?
60. Потребуется ли Вам большое напряжение воли, чтобы пройти одному через кладбище?
61. Тщательно ли Вы следите за тем, чтобы каждая вещь в вашей квартире была всегда на одном и том же месте?
62. Бывает ли так, что будучи перед сном в хорошем настроении, Вы на следующий день встаете в подавленном, дрящемся несколько часов?
63. Легко ли Вы привыкаете к новым ситуациям?
64. Бывают ли у Вас головные боли?
65. Вы часто смеетесь?
66. Можете ли Вы быть приветливым даже с тем, кого Вы явно не цените, не любите, не уважаете?
67. Вы подвижный человек?
68. Вы очень переживаете из-за несправедливости?
69. Вы настолько любите природу, что можете назвать ее другом?
70. Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли Вы, закрыт ли газ, погашен ли свет, заперты ли двери?
71. Вы очень боязливы?
72. Изменяется ли ваше настроение при приеме алкоголя?
73. В Вашей молодости Вы охотно участвовали в кружке художественной самодеятельности?

74. Вы расцениваете жизнь несколько пессимистически, без ожидания радости?
75. Часто ли Вас тянет путешествовать?
76. Может ли Ваше настроение измениться так резко, что состояние радости вдруг сменяется угрюмым и подавленным?
77. Легко ли Вам поднять настроение друзей в компании?
78. Долго ли Вы переживаете обиду?
79. Долго ли Вы переживаете горести других людей?
80. Часто ли, будучи школьником. Вы переписывали страницу в Вашей тетради, если случайно оставили в ней кляксу?
81. Относятся ли Вы к людям скорее с недоверием и осторожностью, чем с доверчивостью?
82. Часто ли Вы видите страшные сны?
83. Бывает ли, что Вы остерегаетесь того, что броситесь под колеса проходящего поезда или, стоя у окна многоэтажного дома, остерегаетесь того, что можете внезапно выпасть из окна?
84. В веселой компании Вы обычно веселы?
85. Способны ли Вы отвлечься от трудных проблем, требующих решения?
86. Вы становитесь менее сдержанным и чувствуете себя более свободно, приняв алкоголь?
87. В беседе Вы скудны на слова?
88. Если бы Вам необходимо играть на сцене, Вы смогли бы войти в роль, чтобы позабыть о том, что это только игра?

**Ключ:**

№ п/п	Название типа характера по К. Леонгарду	Название акцентуации	Ключ акцентуации и коэффициент, нормирования	Оценка акцентуации
1	Гиперимный	Гипертимическая	2,5×(сумма баллов за ответы на вопросы 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77)	
2	Возбудимый	Проективная	1,67×(сумма баллов за ответы на вопросы 2, 12, 15, 24, 34, 37, 46, 56, 59, 68, 78, 81)	
3	Эмотивный	Эмоцентрическая	2,5×(сумма баллов за ответы на вопросы 3, 13, 25, 35, 47, 57, 69, 79)	
4	Дистимический	Дистимическая (Хдепрессивная)	2,5×(сумма баллов за ответы на вопросы 9, 21, 31, 43, 53, 65, 75, 87)	
5	Тревожно-боязливый	Невротическая	2,5×(сумма баллов за ответы на вопросы 5, 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82)	
6	Аффективно-экзальтированный	Интроективная	5×(сумма баллов за ответы на вопросы 10, 32, 54, 76)	
7	Аффективно-лабильный	Циклотомическая	2,5×(сумма баллов за ответы на вопросы 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84)	
8	Застревающий (неуравновешенный)	Паранойяльная	2,5×(сумма баллов за ответы на вопросы 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86)	
9	Педантичный	Ригидная	1,67×(сумма баллов за ответы на вопросы 4, 14, 17, 26, 36, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83)	
10	Демонстративный	Вытеснения	1,67×(сумма баллов за ответы на вопросы 7, 19, 22, 29, 41, 44, 51, 63, 66, 73, 85, 88)	

## Методика определения типа личности и вероятностных расстройств Д.Ж. Олдхем и Л. Моррис

Цель методики: В предлагаемой методике представлены 14 категорий типов личности, а также типы вероятного расстройства личности. Предлагаемый тест определяет «норму» и «акцентуацию» определенного типа личности. На основании результатов исследования предоставляется возможность составить «автопортрет» личности.

<i>Тип личности</i>		<i>Тип вероятного расстройства</i>
Добросовестный	–	Навязчиво-принудительный
Самоуверенный	–	Нарциссизм
Драматический	–	Неестественное актерство
Бдительный	–	Параноидальный
Деятельный	–	Активность на грани срыва
Преданный	–	Зависимый
Отшельник	–	Шизоид
Праздник	–	Пассивно-агрессивный
Чувствительный	–	Уклонение
Идиосинкретический	–	Шизопатия
Авантюрный	–	Антисоциальный
Альтруистический	–	Самоуничужение
Агрессивный	–	Садист
Серьезный	–	Депрессивный

**Инструкция.** Ответьте на все 107 вопросов. Даже если вы считаете, что вопрос не касается вас или вашей личной жизни, отвечайте так, как если бы он имел к вам отношение.

**Д.** (*Да, я согласен*). Используйте этот ответ, если данное утверждение совершенно верно для вас в большинстве случаев.

**М.** (*Может быть, я согласен*). Используйте этот ответ, если данное утверждение иногда, каким-то образом верно для вас. Используйте этот ответ также для утверждений, состоящих из нескольких частей, если вы согласны с одной, но не согласны с другой.

**Н.** (*Нет, я не согласен*). Используйте этот ответ, если данное утверждение совершенно ложно для вас.

1. Я провожу за работой больше времени, чем мои коллеги, поскольку люблю, чтобы все было сделано правильно и хорошо. ДМН

2. Я очень организованная личность. Я люблю следовать расписанию и составлять списки дел, которые следовало бы выполнить. Иногда у меня оказывается столько списков, что я не знаю, что с ними делать. ДМН

3. Иногда меня называют «трудоголиком». Действительно, я работаю очень напряженно, даже когда есть деньги и все счета оплачены. Думаю, если бы я захотел, то мог бы расслабиться и немного отдохнуть. ДМН

4. Я люблю свои ежедневные дела и обязанности. Я становлюсь упрямым, если кто-то пытается заставить меня изменить. ДМН

5. Я ненавижу рутину, я не очень обязательный человек, поэтому откладываю все дела на потом или вообще не занимаюсь ими. ДМН

6. Когда бы я не добивался успеха, всякий раз обнаруживаю, что не получаю от этого удовольствия, к тому же в другой сфере жизни все начинает разлаживаться. ДМН

7. У меня множество способностей, но они не дают мне преимуществ. Если я делаю что-то хорошо, то могу помочь другим, но не могу заставить свои способности работать на себя. ДМН

8. Я прекрасно лажу с собой. Я знаю, какую работу хочу выполнять, каких друзей иметь и вообще, что для меня важно. ДМН

9. Я чувствую себя, как пустая раковина. Я могу ощущать полную бессмысленность существования. ДМН
10. Я обожаю мечтать. Представляю себя богатым, могущественным и знаменитым. Под шумные аплодисменты получающим Нобелевскую премию, обожествляемым за талант и красоту толпой Фанов. ДМН
11. Хотя я и не уверен, что это хорошо, меня привлекает насилие, оружие и боевые искусства. Я люблю фильмы, в которых много действия. ДМН
12. Считают, что я говорю довольно странно, говорю вещи, которые слишком глубоки для людей, или не объясняю, что я имею в виду. ДМН
13. Меня называют надменным, ну что ж. Д М Н
14. Я люблю, когда мной восхищаются, а когда игнорируют, пытаюсь выуживать комплименты словно рыбу. ДМН
15. Внешность очень важна для меня, я трачу много времени, удостоверяясь в том, что выгляжу привлекательно. ДМН
16. Иногда люди считают меня эксцентричным, потому что я одеваюсь по-своему и кажусь им немного «не от мира сего». Действительно, я живу в собственном маленьком мирке. ДМН
17. Хотя я думаю, что понимаю людей, они всегда говорят, что у меня нет ни малейшего понятия о том, что они чувствуют. ДМН
18. Если приходится стоять в очереди или сидеть в переполненном ресторане, я обычно пытаюсь пролезть вперед и быть обслуженным немедленно, или, по крайней мере, я считаю, что так должно быть. ДМН
19. Я никогда не ощущаю вины за то, что сделал. ДМН
20. Все люди, с которыми я сотрудничаю, и все организации, к которым я принадлежу, являются влиятельными и важными. ДМН
21. Возможно, некоторые считают меня закатым и косным, но я свято верю, что для аморального или неэтичного поведения извинений не существует. ДМН
22. Прежде чем принять решение, я предпочитаю выслушать добрый совет, даже если это касается будничных проблем. ДМН
23. Я просто не могу выбрасывать старые вещи, даже если они бесполезны и бессмысленны для меня. ДМН
24. Может быть, я и преувеличиваю важность своей персоны, но, честно говоря, думаю, что достоин всяческих похвал. ДМН
25. Я суровый судья самому себе. ДМН
26. Я бы не назвал себя легкомысленным, для меня все имеет значение и вес. Большую часть времени я абсолютно серьезен. ДМН
27. Иногда мне кажется, что вина – это мое второе имя. Я даже не всегда уверен, что знаю повод, из-за которого чувствую себя виноватым. ДМН
28. Я не очень-то верю в себя, иногда я чувствую себя просто никчемным. ДМН
29. Я не боюсь рассказывать другим о своих проблемах, но чувствую себя очень неудобно, если мне помогают решать их. ДМН
30. Люди могут думать, что я слишком много говорю о своих неудачах, но они не понимают, насколько все действительно плохо для меня. ДМН
31. Иногда я замечаю, что смеюсь над неудачами других, хотя не очень горжусь такой реакцией. *Возможно, мне просто хочется сказать: «Вот я бы на вашем месте...».* ДМН
32. Мне трудно находиться среди тех, кто богаче меня, так как часто завидую их счастливой звезде. ДМН
33. Иногда мне трудно расслабиться, отдохнуть. Когда появляется возможность доставить себе удовольствие, по разным причинам мне трудно воспользоваться ею. ДМН
34. Когда дело касается взаимоотношений с окружающими, мне кажется, что я свой самый злейший враг. Я вечно связываюсь с теми, кто унижает и разочаровывает

меня. Не могу поверить, что я настолько не разбираюсь в людях. Должно быть, я просто наивен. ДМН

35. Со мною трудно долго находиться рядом, потому что мои требования к людям чрезмерны. И все-таки я расстраиваюсь, когда люди сходят с ума от моего поведения. ДМН

36. Если кто-то заботится обо мне или слишком нежно ко мне относится, для меня это не интересно. Мне становится даже скучно, если в моих отношениях с окружающими отсутствует вызов. ДМН

37. Кажется, я иногда слишком много делаю для других. ДМН

38. Обычно я оставляю серьезные решения другим важным людям. ДМН

39. Я не слишком самостоятелен, я больше последователь, чем лидер, но могу быть преданным игроком в команде. ДМН

40. Мне нравится соглашаться с другими людьми. Если я не согласен, то обычно оставляю свое мнение при себе. ДМН

41. Я лезу из кожи вон, делая все для других, чтобы понравиться им. Иногда в пылу я могу даже доставить неприятности. ДМН

42. Мне гораздо лучше находиться в среде общения, потому что я чувствую себя совершенно беспомощным в одиночестве. ДМН

43. Когда общение прекращается, я начинаю паниковать и немедленно начинаю искать другое. ДМН

44. Вероятно, я слишком волнуюсь, что не могу позаботиться о себе, если потеряю важного в своей жизни человека. ДМН

45. Порой я просто теряю рассудок, когда представляю, что люди могут покинуть меня. Я принимаюсь звонить и требовать, чтобы меня разуверили в этих подозрениях, что, должно быть, здорово им докучает. ДМН

46. Я люблю быть в центре внимания, это восхитительно. Я гораздо лучше чувствую себя в центре событий, чем на обочине. ДМН

47. Мне нравится флиртовать, и я хочу, чтобы люди считали меня привлекательной. ДМН

48. Меня считают очень занимательным. Я умею живо и красочно рассказывать о том, что произошло, хотя и не всегда придерживаюсь фактов. ДМН

49. Я довольно легко поддаюсь внушению. Мне приходится быть всегда настороже, чтобы не попасть под влияние других. ДМН

50. Слишком часто я придаю больше значения взаимоотношениям, чем они того стоят. Это причиняет мне душевную боль. ДМН

51. Как правило, мои взаимоотношения очень интенсивны, чувства, которые я испытываю к человеку, бросаются из одной крайности в другую. Иногда я преклоняюсь перед ним, а иногда просто не переношу его присутствия. ДМН

52. Для меня зависть – это жизненный фактор. Я завидую – мне завидуют. ДМН

53. Я не очень доверяю людям, хотя мне бы хотелось. Просто не могу не волноваться, что они используют меня, если я не буду проявлять осторожность. ДМН

54. Иногда мне кажется, что мои друзья или коллеги не так уж преданны, как мне бы хотелось. ДМН

55. У меня нет близких друзей, кроме разве что некоторых членов семьи. ДМН

56. Я ревнив. Я всегда волнуюсь, верен ли мне мой партнер. ДМН

57. Я довольно скрытная личность. Я держу всегда все в себе, так как никогда не знаешь, кто может использовать эту информацию в своих целях. ДМН

58. Вообще-то я одиночка. Мне не очень-то нравится, если вокруг люди, даже моя семья. ДМН

59. Если есть выбор, я предпочитаю все делать сам. ДМН

60. Я не испытываю сильного желания заняться с кем-нибудь сексом. ДМН

61. Для меня трудно быть самим собой в близких отношениях. Я боюсь показаться смешным и поэтому отступаю. ДМН

62. Я стесняюсь в кругу новых людей. ДМН
63. Я часто нахожу общество невыносимым, даже если это общество людей, которых я хорошо знаю. Не могу преодолеть чувство, что другие смотрят на меня, оценивают и не всегда лестно. ДМН
64. Обычно я не связываюсь с людьми, пока не удостоверюсь, что нравлюсь им. ДМН
65. Мне более удобно заниматься работой, которая не вовлекает в себя много людей. Я беспокоюсь, что коллеги станут критиковать меня. ДМН
66. В обществе я чувствую себя уверенно. Я разговариваю спокойно, без страха сказать какую-нибудь глупость или обнаружить пробел в знаниях. ДМН
67. Люди не понимают или не одобряют меня. ДМН
68. Я могу быть довольно критичным по отношению к своему боссу или вышестоящему начальству. Может быть, я не представляю, каково это – находиться в их шкуре, но, мне кажется, я мог бы работать лучше. ДМН
69. Когда меня просят сделать то, чего я не хочу делать, я становлюсь несносным, могу спорить, дуться или ворчать. ДМН
70. Если ко мне придираются, становлюсь невыносимым, упрямым, но позже чувствую вину и пытаюсь ее загладить. ДМН
71. Лучше бы я не относился к другим так критично, я всегда нахожу в них недостатки. ДМН
72. Некоторые люди говорят, что я чересчур самостоятелен, но лучше я сделаю работу сам, чем позволю другим сделать ее неправильно. Я рискну показаться слишком «деловым», если это сможет заставить людей выполнить работу так, как нужно. Д М Н
73. Думаю, что строгая дисциплина очень важна. Хотя я не приверженец физических наказаний, верю в правильность пословицы: «Пожалеешь розгу – испортишь ребенка». ДМН
74. Члены моей семьи часто жалуются, что я ущемляю их свободу и независимость. Полагаю, я действительно довольно строг. ДМН
75. Люди говорят, что я унижаю их перед другими. Они не должны быть такими чувствительными – слова не могут обидеть. А если они действительно считают меня слишком критичным, пусть отвечают тем же. ДМН
76. Думаю, что могу быть страшным, некоторые люди говорят, что выполняют мои указания потому, что боятся меня. ДМН
77. Я предпочитаю доминировать в отношениях с окружающими. В результате я могу показаться жестоким или плохим, не осознавая этого. ДМН
78. Я верю, что в некоторых отдельных ситуациях приходится перешагивать через других, чтобы добраться до нужного места. ДМН
79. Я вижу, что некоторые люди делают мне мелкие пакости, достают или даже оскорбляют меня лишь для того, чтобы вывести из себя. ДМН
80. Если кто-то поступил по отношению ко мне плохо, я долго держу на него зуб. ДМН
81. Я не обязательно говорю только правду. ДМН
82. Иногда я люблю присочинить или исказить факты, только чтобы посмотреть на реакцию людей, это всего лишь шутки, нет причин злиться. ДМН
83. Иногда мне говорят, что я ищу предлог к ссоре. Правда, я готов спорить или драться с любым, кто не на моей стороне. ДМН
84. Я остро чувствую критику, даже если она завуалирована, и никому не спускаю ее с рук. ДМН
85. У меня ужасный характер, но ничего не могу поделать. ДМН
86. Люди говорят, что иногда не понимают, воспринимать ли мои чувства серьезно или нет. ДМН
87. Я выражаю свои чувства пылко и театрально. ДМН
88. У меня особое проявление эмоций. Например, что-то печальное может показаться смешным, и я рассмеюсь. ДМН

89. Мое настроение – чувствительный прибор. Мелочи могут выбить меня из колеи. За несколько часов я могу испытать широкий спектр эмоций, от счастья до печали и раздражения. Но плохое настроение никогда не затягивается. ДМН

90. Я много размышляю и беспокоюсь. ДМН

91. Я бы не хотел так сильно переживать по поводу того, что думает обо мне общество. ДМН

92. Ненавижу риск и нетрадиционные решения, так как боюсь оказаться в дураках. ДМН

93. На свете не так уж много вещей, которые я люблю делать. ДМН

94. Меня можно назвать человеком с каменным лицом, потому что я вообще не очень эмоционален. ДМН

95. Я не показываю своей реакции ни на критику, ни на комплименты. ДМН

96. Я думаю, что настроен на иную, чем остальные, волну. Иногда я замечаю странные вещи, и они мне кажутся реальными, хотя я не могу доказать этого. Например, выход из собственного тела или присутствие рядом человека, который давно уже умер. ДМН

97. Меня привлекают магия и НЛЮ. Я обладаю подобием «шестого чувства», иногда знаю, что должно произойти задолго до того, как это случится. ДМН

98. Я вижу стакан наполовину пустым, а не наполовину полным. ДМН

99. Я не могу легко тратить деньги, хотя некоторые обвиняют меня в скупости. Я предпочитаю оставлять что-нибудь на черный день. ДМН

100. Мне нравится действовать импульсивно и по вдохновению, например, я могу напиться, если есть настроение, или позволить себе хорошо поесть. Возможно, иногда я вожу машину слишком быстро или делаю бессмысленные покупки. Так жить гораздо интереснее, хотя порою можно и обжечься. ДМН

101. Я могу быть очень театральным в печали. Я иногда угрожаю убить себя, но вряд ли это сделаю на самом деле. ДМН

102. Я заинтересован андеграундным стилем жизни, когда можно беспрепятственно ломать устоявшиеся правила. Д М Н

103. Я просто не способен долго работать или волноваться, оплачены ли мои счета, поэтому многие люди считают меня безответственным. ДМН

104. Я не принадлежу к типу людей, которые осторожничают. Я могу рискнуть ехать на повышенной скорости или немного выпивши, но я всегда знаю, что делаю. ДМН

105. Я люблю все делать спонтанно, не планируя заранее. ДМН

106. В детстве я был трудным ребенком и вечно попадал в неприятности. Я прогуливал уроки, убегал из дома, дрался, врал, воровал и спекулировал. ДМН

107. Под влиянием стресса я становлюсь подозрительным без причины или нарочно все порчу, а после притворяюсь, что ничего не случилось. ДМН

*Анализ результатов.* Теперь обозначьте ваши ответы в таблице.

1. Имейте в виду, что таблица разделена на 14 колонок, обозначенных буквами от А до N, каждая из этих колонок, в свою очередь, подразделена на 3 маленьких колонки, обозначенных буквами а, b, с. В них вы обозначаете свой ответ.

2. Для каждого из 107 вопросов обозначьте соответствующую букву (ДМН) в том ряду, где они появляются. Например, ваш ответ на вопрос 1 должен появиться в колонке J.

Заметьте, что на вопросы 53, 55 и 57 вы должны ответить в двух колонках вместо одной.

*Расчет конечного результата*

1. В колонке А подсчитайте количество «а», после чего подсчитайте количество «b».

2. Умножьте количество «а» на 2.

3. К полученному результату прибавьте количество «b» и запишите конечный результат.

4. Повторите эти расчеты для всех колонок от В до N. Заметьте, что крайние справа подколонки «с» в расчетах не участвуют.

№	A	B	C	U	fc	h	G	H	I	J	K	L	M	N
	abc													
1										ДМН				
2										ДМН				
3										ДМН				
4										ДМН				
5											ДМН			
6													ДМН	
7													ДМН	
8					ДМН									
9					ДМН									
10							ДМН							
11												ДМН		
12			ДМН											
13							ДМН							
14							ДМН							
15						ДМН								
16			ДМН											
17							ДМН							
18							ДМН							
19				ДМН										
20							ДМН							
21										ДМН				
22									ДМН					
23										ДМН				
24							ДМН							
25														ДМН
26														ДМН
27														ДМН
28														ДМН
29													ДМН	
30											ДМН			
31												ДМН		
32											ДМН			
33													ДМН	
34													ДМН	
35													ДМН	
36													ДМН	
37													ДМН	
38									ДМН					
39									ДМН					
40									ДМН					
41									ДМН					
42									ДМН					
43									ДМН					
44									ДМН					
45					ДМН									
46						ДМН								
47						ДМН								
48						ДМН								
49					ДМН									
50					ДМН									
51				ДМН										
52						ДМН								
53	ДМН		ДМН											
54	ДМН													
55		ДМН	ДМН											
56	ДМН		ДМН											
57	ДМН													
58		ДМН												

№	A	B	C	U	fc	h	G	H	I	J	K	L	M	N
	abc													
59		ДМН												
60		ДМН												
61								ДМН						
62								ДМН						
63			ДМН											
64								ДМН						
65								ДМН						
66								ДМН						
67											ДМН			
68											ДМН			
69											ДМН			
70											ДМН			
71														ДМН
72										ДМН				
73												ДМН		
74												ДМН		
75												ДМН		
76												ДМН		
77												ДМН		
78							ДМН							
79	ДМН													
80	ДМН													
81				ДМН										
82												ДМН		
83				ДМН										
84	ДМН													
85					ДМН									
86						ДМН								
87						ДМН								
88			ДМН											
89					ДМН									
90														ДМН
91								ДМН						
92								ДМН						
93		ДМН												
94		ДМН												
95		ДМН												
96			ДМН											
97			ДМН											
98														ДМН
99										ДМН				
100					ДМН									
101					ДМН									
102				ДМН										
103				ДМН										
104				ДМН										
105				ДМН										
106				ДМН										
107					ДМН									

Колонка А выявляет бдительный тип, В – одинокий тип, С – идиосинкретический, D – авантюрный, E – деятельный, F – драматический, G – самоуверенный, H – чувственный, I – преданный, J – добросовестный, K – праздный, L – агрессивный, M – склонный к самопожертвованию, N – серьезный.

Нарисуйте свой «Автопортрет личности» в виде графика, как будет показано далее.

1. Для каждого из четырнадцати личностных типов постройте свою колонку и впишите в нее ваш конечный результат, например, если конечный результат в колонке А равнялся 7, обведите цифру 7 в таблице в колонке А.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
a	x2=													
b	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Результат	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=

2. После того как вы полностью обведете 14 цифр в колонке, соедините точки между собой. Полученный график – ваш «Автопортрет личности».

*График «Автопортрета личности»*

		18		18		18								
		17		17		17								
		16	16	16	16	16		16	16		16	16		
		15	15	15	15	15		15	15		15	15		
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
бдительный	одинокий	идиосинкретический	авантюрный	деятельный	драматический	самоуверенный	чувственный	преданный	добросовестный	праздный	агрессивный	самопожертвование	серьезный	
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	

### Тестовый контроль знаний

1. «Пирамида потребностей» А. Маслоу состоит из «этажей», расположенных по возрастающей в таком порядке:

- 1) физиологические потребности
- 2) потребность в безопасности
- 3) потребность в принадлежности
- 4) потребности в любви, признании
- 5) потребность в самоактуализации

2. Мотивация достижения успеха наиболее ярко проявляется в следующем случае:
  - 1) спортсмен тренируется, желая выиграть олимпийскую медаль
  - 2) студент готовится к сессии, не желая быть отчисленным
  - 3) учащийся кататься на коньках проявляет осторожность, боясь получить травму
  - 4) солдат убегает с поля боя, желая выжить
3. Быстрый, эмоциональный, порывистый, довольно вспыльчивый и легко возбудимый человек по типу темперамента:
  - 1) холерик
  - 2) флегматик
  - 3) сангвиник
  - 4) меланхолик
4. Характер человека – это совокупность индивидуально-психологических особенностей, проявляющаяся в:
  - 1) задатках и способностях
  - 2) сенсорной организации личности
  - 3) способах типичного реагирования
  - 4) стратегиях решения мыслительных задач
5. Преимущественная направленность личности описывается парой понятий:
  - 1) интроверсия-экстраверсия
  - 2) темперамент-характер
  - 3) психоанализ-психосинтез
  - 4) акцентуация-психопатия
  - 5) аналитичность-синтетичность
6. Осознанная, целенаправленная активность человека называется:
  - 1) деятельность
  - 2) индивидуальность
  - 3) интеракция
  - 4) десигнация
7. Свойство психики, характеризующее динамику протекания нервных процессов
  - 1) способность
  - 2) темперамент
  - 3) характер
  - 4) креативность
8. Активный, общительный, эмоционально уравновешенный человек по типу темперамента:
  - 1) холерик
  - 2) флегматик
  - 3) сангвиник
  - 4) меланхолик
9. Спокойный, неспешный, любящий размеренность и обстоятельность человек по типу темперамента:
  - 1) холерик
  - 2) флегматик
  - 3) сангвиник
  - 4) меланхолик
10. Сильный, неуравновешенный тип высшей нервной деятельности характерен для:
  - 1) холерика
  - 2) флегматика
  - 3) сангвиника
  - 4) меланхолика

11. Характер человека – это совокупность индивидуально – психологических особенностей, проявляющаяся в:
- 1) задатках и способностях
  - 2) сенсорной организации личности
  - 3) способах типичного реагирования
  - 4) стратегиях решения мыслительных задач
12. Дисгармоничность характера, чрезмерная выраженность отдельных его черт называется:
- 1) акцентуация
  - 2) поляризация
  - 3) интеракция
  - 4) аттракция
  - 5) сенсбилизация
13. Акцентуация, обладателям которой свойственно повышенное беспокойство по поводу возможных неудач, это-
- 1) экзальтированная
  - 2) педантичная
  - 3) циклотимная
  - 4) тревожная
14. Повышенная впечатлительность, бурное реагирование на происходящее – признак такой акцентуаций характера:
- 1) дистимной
  - 2) педантичной
  - 3) циклотимной
  - 4) экзальтированной
15. Понятие «личность» используют, когда хотят подчеркнуть
- 1) биологически обусловленные свойства человека
  - 2) социально обусловленные качества человека
  - 3) проявления интеллекта высших животных
  - 4) психофизиологические различия между людьми
  - 5) межвидовую коммуникацию высших животных
16. Система устойчивых представлений личности о самой себе называется:
- 1) рационализация
  - 2) я-концепция
  - 3) проекция
  - 4) атрибуция
  - 5) метапознание
17. Активность, связанная с достижением частных целей деятельности, называется:
- 1) мотивировка
  - 2) операция
  - 3) адаптация
  - 4) операнд
  - 5) действие
18. Свойствами индивида являются указанные, кроме:
- 1) пола
  - 2) темперамента
  - 3) ценностных ориентаций
  - 4) задатков
19. Свойствами личности являются указанные, кроме:
- 1) ответственности
  - 2) позиции и статуса
  - 3) направленности
  - 4) конституции

20. Свойствами темперамента являются указанные, кроме:
- 1) активности
  - 2) эмоциональности
  - 3) темпа деятельности
  - 4) аккуратности
21. Определите тип акцентуации характера, если главными чертами являются нерешительность и тревожная мнительность; нерешительность проявляется особенно при необходимости сделать самостоятельный выбор; защитой от постоянной тревоги служат выдуманные приметы и ритуалы:
- 1) сенситивный
  - 2) лабильный
  - 3) психастенический
  - 4) гипертимный
22. Чрезмерная выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, представляющая крайние варианты нормы
- 1) психопатия
  - 2) астеня
  - 3) акцентуация
  - 4) индивидуальность
23. Определите тип акцентуации характера, если главной чертой которого является склонность к состояниям злобно-тоскливого настроения с постоянно нарастающим раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы сорвать зло; для него свойственны мелочная аккуратность, скрупулезность, педантизм:
- 1) шизоидный
  - 2) эпилептоидный
  - 3) астено-невротический
  - 4) конформный
24. В структуру индивидуальности входят все нижеперечисленные составляющие за исключением:
- 1) индивидуальные свойства организма;
  - 2) индивидуальные психофизиологические свойства;
  - 3) индивидуальные генетические качества;
  - 4) индивидуальные психические свойства;
  - 5) индивидуальные социально-психологические свойства.
25. К клиническим параметрам темперамента относится все нижеперечисленные за исключением:
- 1) эстетичности;
  - 2) эмоциональности;
  - 3) скорости мышления;
  - 4) скорости двигательных актов;
  - 5) коммуникабельности
26. К параметрам гармоничного характера относится все из ниже- перечисленного за исключением:
- 1) зрелости;
  - 2) здравомыслия;
  - 3) автономности;
  - 4) гибкости самооценки;
  - 5) нравственности.
27. Склонность к повышенной аккуратности входит в структуру:
- 1) истерических черт характера;
  - 2) шизоидных черт характера;
  - 3) психастенических черт характера;

4) паранойяльных черт характера;

5) эпилептоидных черт характера.

28. Шизоидные черты характера включают все из нижеперечисленного за исключением:

1) алекситимии;

2) замкнутости;

3) ангедонии;

4) паратимии;

5) эксцентричности поведения.

29. Повышенная подозрительность в сочетании со склонностью к образованию сверхценных идей входит в структуру:

1) истерических черт характера;

2) шизоидных черт характера;

3) психастенических черт характера;

4) паранойяльных черт характера;

5) эпилептоидных черт характера.

30. Определите тип акцентуации характера по Личко, главными чертами являются нерешительность и тревожная мнительность; нерешительность проявляется особенно при необходимости сделать самостоятельный выбор; защитой от постоянной тревоги служат выдуманные приметы и ритуалы:

1) сенситивный

2) лабильный

3) психастенический

4) гипертимный

### Ответы

Номер вопроса	Ответ						
<b>1</b>		<b>9</b>	2	<b>17</b>	5	<b>25</b>	1
<b>2</b>	1	<b>10</b>	1	<b>18</b>	3	<b>26</b>	5
<b>3</b>	1	<b>11</b>	3	<b>19</b>	4	<b>27</b>	5
<b>4</b>	3	<b>12</b>	1	<b>20</b>	4	<b>28</b>	1
<b>5</b>	1	<b>13</b>	4	<b>21</b>	3	<b>29</b>	4
<b>6</b>	1	<b>14</b>	4	<b>22</b>	3	<b>30</b>	3

## Тема занятия №7. Сознание. Самосознание. Бессознательное

---

**Место проведения занятия:** учебная аудитория

**Продолжительность изучения темы:** 2 часа.

**Цели занятия:** Изучить основные особенности сознания, самосознания, бессознательного. Установить взаимосвязь между сознанием и бессознательным. Рассмотреть механизмы психологической защиты. Ознакомиться с состояниями нарушенного сознания.

**Студент должен знать:**

1. Основные понятия по теме «Сознание. Самосознание. Бессознательное.»
2. Источники и функции сознания.
3. Этапы развития сознания и самосознания.
4. Характеристику основных состояний сознания (состояния сна и бодрствования).
5. Структуру сознания и бессознательного.
6. Механизмы психологической защиты.
7. Состояния нарушенного сознания.

**Студент должен уметь:**

1. Владеть теоретическим материалом по данной теме.
2. Давать характеристику основным состояниям сознания.
3. Уметь определять с состояния нарушенного сознания.
4. Использовать приобретённые знания для определения степени ясности сознания в повседневной врачебной практике.
5. Пользоваться методиками: СМИЛ (Стандартизованный многофакторный метод исследования личности), цветовым тестом Люшера, методикой Стреляу (на манипуляции Макиавелли).

**Темы проектов, рефератов.**

1. Формирование сознания в онтогенезе.
2. Теоретические модели сознания и бессознательного.
3. Сознание и его границы.
4. Механизмы психологической защиты.
5. Индивидуальное сознание и коллективное бессознательное.
6. Измененные состояния сознания.
7. Расстройства сознания. Судебно-психиатрическая экспертиза.

**Рекомендуемая литература.**

**Основная литература:**

1. Гамезо М.В., Домашенко И.А. Атлас по психологии: Информ.-метод. пособие по курсу «Психология человека». – М.: Педагогическое общество России, 2004. – 276 с.
2. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.: илл.
3. Психология сознания/Сост.и общая редакция Л.В. Куликова. – СПб.: Питер, 2001. – 480с.: ил. – (Серия «Хрестоматия по психологии»).
4. Психология самосознания. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2000. – 672с.

### **Дополнительная литература:**

1. Бассин Ф.В. О силе Я и психологической защите// Вопросы философии. – 1969. – №2. – С. 118–126.
2. Бессознательное. Сборник статей. Том I. – Агенство САГУНА. – Новочеркасск, 1994.
3. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Мозг, разум, поведение: Пер с англ. – М.: Мир, 1988. – 248 с.
4. Снежневский А.В. Общая психопатология. Валдай, 1970.
5. Тугаринов В.П. Философия сознания. – М., 1971.
6. Шапарь В.Б. Словарь практического психолога / В.Б. Шапарь. – М.: ООО «Издательство АСТ»; Харьков: «Торсинг», 2004. – 734 с.
7. Ширяев И., Ширяева Л. <http://www.uspeshnie-mozgi.ru>

### **Исходный контроль уровня знаний.**

1. Философский подход к пониманию понятий «душа» и «материя».
2. Что такое психика? Что входит в структуру психики?
3. Какие основные функции выполняет психика?
4. Отличие психики животных от психики человека.
5. Соотношение понятий «индивид», «человек», «личность».
6. Что входит в структуру личности?

### **Основные вопросы темы:**

1. Общая характеристика сознания и самосознания.
2. Развитие сознания в онтогенезе.
3. Основные состояния сознания.
4. Взаимосвязь сознательного и бессознательного.
5. Механизмы психологической защиты.
6. Нарушение сознания и самосознания.

### **Итоговый контроль уровня знаний.**

1. Что такое сознание, самосознание, бессознательное.
2. Какие источники сознания вы знаете?
3. Философское видение понятия «сознание».
4. Что является решающим фактором в формировании сознания?
5. Назовите основные функции сознания.
6. Перечислите и дайте характеристику формам самосознания.
7. Какие компоненты входят в структуру сознания?
8. Какие периоды проходит сознание в онтогенезе?
9. В каком возрасте у ребенка начинает развиваться самосознание?
10. Какой период знаменует окончательное становление сознания и самосознания?
11. Назовите основные состояния сознания.
12. Какие характеристики сознания следует учитывать в повседневной врачебной практике?
13. Стадии бодрствования.
14. Дайте характеристику состоянию сна.
15. Какие виды сна вы знаете?
16. Является ли состояние сна однородным?
17. Назовите и опишите фазы сна.
18. Отличительные особенности сознательной деятельности человека.
19. Какие уровни выделяют в психике?
20. Каким образом происходит взаимодействие сознания и бессознательного?
21. Что входит в структуру бессознательного?

22. Какие компоненты выделяют в структуре индивидуального сознания?
23. Структура бессознательного по Фрейдю, Юнгу, Фромму.
24. Что такое механизмы психологической защиты?
25. Кто ввел понятие «механизмы психологической защиты»?
26. Какие причины приводят к активизации механизмов психологической защиты?
27. Каковы последствия психологических защит, если не решать психологическую проблему?
28. Перечислите и дайте краткую характеристику защитным механизмам психики.
29. Признаки синдромов нарушенного сознания по К. Ясперсу.
30. Какие выделяют состояния нарушенного сознания?

## Содержание занятия

### 1. Общая характеристика сознания и самосознания.

Сознание выступает объектом исследования многих наук (философия, антропология, социология, психология, педагогика, физиология), круг которых становится все шире. Однако свести воедино научную формацию, получаемую всеми этими дисциплинами, чрезвычайно трудно, и в силу этого существует множество толкований термина «сознание».

*Философское определение сознания.* В философии понятия «сознание» и «материя» рассматриваются как две основные разновидности бытия, сущности вообще. На всем протяжении изучения философской категории «бытие» наиболее острой была и остается проблема соотношения этих двух основных типов реальности – объективной (материальной) и субъективной (идеальной), из которых одна предшествует другой и порождает ее (*идеализм и материализм*). А может быть, в мире существует не одно, а два начала: материальное и идеальное. Они независимы, вечны, не сводимы и не выводимы друг из друга – развиваются по своим законам, хотя и взаимодействуют (*дуализм*).

В материализме признается первичность материи, и сознание возникло в результате длительной эволюции живого. Совершенствование нервной системы послужило основным источником развития психики и сознания. Эти новые свойства нервной системы приобретались в результате приспособления к среде и закреплялись в генотипе.

Решающим для формирования сознания человека стало *изготовление им орудий труда и появление языка*. Только с возникновением сознания у человека появилась способность *выделять себя из природы*, познавать и овладевать ею.

Индивидуальное сознание человека формируется в процессе воспитания, усвоения им выработанных за длительное время существования человечества понятий, взглядов и социальных норм, причем это усвоение требует опоры на непосредственные впечатления от предметов и явлений действительности.

*Психологическое определение сознания.* В психологии предпочтение отдается определениям, которые могли бы отграничить сознание от других психологических понятий, т.е. мышления, внимания, воли и пр., хотя сознание как таковое не существует вне всех этих психических процессов. В психологии понятие «сознание» служит скорее для определения сущности *особого качества протекания* психической деятельности: осознанно протекающие психические процессы четко и ярко субъективно переживаемы, узнаваемы, управляемы. При этом возникает возможность выбора и направления их в сторону решения ставящихся задач. Другими словами, *сознание является особой формой психического отражения у человека, интегрирующей в себе все другие психические процессы, обеспечивая их взаимодействие, т.е. последовательность, непрерывность и целенаправленность их протекания*. Достаточный уровень развития отдельных высших психических функций в их тесном взаимодействии формирует у человека внутреннее

отражение внешнего мира, его модель. Направляющее влияние этой модели на поведение и воспринимаются человеком как сознание.

*Сознание* – это высший уровень психического отражения действительности и саморегуляции, проявляющийся способностью личности отдавать себе ясный отчет об окружающем, о настоящем и прошлом времени, принимать решения и в соответствии с ситуацией управлять своим поведением.

*Определение сознания в медицине.* В медицине, в частности в психиатрии, традиционно расстройства сознания противопоставляются «сознательности» или «ясности сознания». Понятие «ясность сознания» в медицине важно потому, что один и тот же симптом у «сознательного» больного (при «ясном сознании») приобретает совсем другое значение при расстройствах сознания – нарушениях его «ясности». Например, самые спутанные бредовые идеи сами по себе не имеют самостоятельного отрицательного прогностического значения, если наблюдаются при нарушенном, сумеречном состоянии сознания. Тот же симптом у сознательного больного указывает на тяжелое, обычно шизофреническое состояние.

Таким образом, термином «ясное сознание» в медицине принято обозначать такое психическое состояние человека, при котором у него сохраняется способность отдавать отчет о месте, времени, окружающей обстановке, состоянии и образе действий собственной личности.

Человек, у которого ясное сознание, оценивает вновь поступающую в мозг информацию с учетом уже имеющихся у него знаний, выделяет себя из окружающей среды, сохраняет сложившуюся систему отношений к своему окружению и на основе этих данных управляет своим поведением. Он дает относительно четкие и адекватные ответы на вопросы врача, а выражение лица и взгляд его гармонируют с внутренним состоянием и окружающей обстановкой.

Не только психические, но и различные соматические заболевания, особенно протекающие с лихорадкой или серьезными нарушениями обмена веществ, могут вызвать различные расстройства ясности сознания. Взгляд таких больных блуждающий, внимание рассеяно, и контакт с ними крайне затруднен. Они дезориентированы в обстановке, могут не узнавать окружающих, а в тяжелых случаях их речь и мышление отрывочны, спутаны.

Венгерский психиатр И. Харди (1988) образно сравнивал сознание с зеркалом, отражающим с соответствующей точностью внешний и внутренний мир. При расстроенном сознании, т.е. у больных с «запотевшим, грязным зеркалом», блеск которого нарушен, а местами прерван, – отражается «темная, нечистая, неясная картина».

## **Источники сознания**

Что является источником сознания? Этот вопрос в течение длительного времени был и остается предметом анализа философов и естествоиспытателей. Выделяют следующие факторы:

Во-первых, внешний предметный и духовный мир; природные, социальные и духовные явления отражаются в сознании в виде конкретно-чувственных и понятийных образов. В самих этих образах, нет самих этих же предметов даже в уменьшенном виде, нет ничего вещественно-субстратного от этих предметов; однако в сознании имеются их отображения, их копии (или символы), несущие в себе информацию о них, об их внешней стороне или их сущности. Такого рода информация является результатом взаимодействия человека с наличной ситуацией, обеспечивающей его постоянный непосредственный контакт с нею.

Вторым источником сознания является социокультурная среда, общие понятия, этические, эстетические установки, социальные идеалы, правовые нормы, накопленные обществом знания; здесь и средства, способы, формы познавательной деятельности.

Третьим источником сознания выступает весь духовный мир индивида, его собственный уникальный опыт жизни и переживаний: в отсутствии непосредственных внешних воздействий человек способен переосмысливать свое прошлое, конструировать свое будущее и т.п.

Четвертый источник сознания – мозг как макроструктурная природная система, состоящая из множества нейронов, их связей и обеспечивающая на клеточном (или клеточно-тканевом) уровне организации материи осуществление общих функций сознания.

## **Функции сознания**

Функции сознания – это такие его свойства, которые делают сознание орудием, инструментом познания, общения, практического действия. Орудие есть средство для действия.

Коренная и главнейшая функция сознания есть получение знания о природе, обществе и человеке.

Отражательная функция сознания, является самой общей и всеохватывающей его функцией. Однако отражение имеет различные стороны, имеющие свою специфику и связанные с этой спецификой другие, более специальные функции.

Сознание как отношение между объектом и субъектом присуще лишь человеку. У животных отсутствует субъективная сторона отношения. Животное – непосредственно тождественно со своей жизнедеятельностью. Оно не отличает себя от своей жизнедеятельности. Оно есть эта жизнедеятельность. Человек же делает саму свою жизнедеятельность предметом своей воли и своего сознания. Его жизнедеятельность – сознательная.

Творческая функция сознания, понимаемая в широком смысле, как активное воздействие на окружающую человека действительность, изменение, преобразование этой действительности. Животные, растения, микроорганизмы изменяют внешний мир самим фактом своей жизнедеятельности. Однако это изменение нельзя считать творчеством, ибо оно лишено сознательной постановки целей. Творческая деятельность, как и вся практика в целом, имеет своей основой не только отражение, но и указанное отношение, так как в этой деятельности, человек должен сознавать свое отделение от объекта.

В понятии отражения фиксируется преимущественно воздействие объекта на субъект, а в понятии отношения применительно к сознанию – главным образом обратное воздействие субъекта на объект. Творчество, как и практика человека вообще, нетождественно с отражением как сущностью психического процесса. В своей сущности творчество есть акт сознательный. Творческое сознание является моментом перехода от отражения к практике. Отражение в творческом сознании представляет собой образ создаваемого человеком, отличный от образа внешней действительности. Это образ того, что создает человек, а не природа.

Важной функцией сознания является оценка явлений действительности (в том числе и совершаемого человеком). Как и творчество, оценка базируется на отражении, ибо, прежде чем что-либо оценивать, надо знать, что собой представляет предмет оценки. Но вместе с тем оценка является формой отношения человека к действительности. В сознании отражается все, что ему доступно по строению нейрофизиологического аппарата и по степени развития технических средств наблюдения и эксперимента. Оценка же производит выбор из всего того, что добывает знание. Оценивать – это значит подходить к действительности с точки зрения того, что нужно человеку. Это отношение особого рода. Здесь субъект, его потребности, интересы, цели, нормы и идеалы выступают как основания и критерии положительного или отрицательного отношения к объекту оценки. Поэтому оценочная функция сознания относительно самостоятельна, автономна.

## Понятие и формы самосознания

Эпицентром сознания является сознание собственного «Я», или сознание самости, самосознание. Первой его формой, которую иногда называют самочувствием, является элементарное осознание своего тела и его вписанности в мир окружающих вещей и людей. Оказывается, что простое восприятие предметов в качестве существующих вне данного человека и независимо от его сознания уже предполагает определенные формы самоотнесенности, т.е. некоторый вид самосознания. Для того чтобы увидеть тот или иной предмет как нечто существующее объективно, в сам процесс восприятия должен быть как бы «встроен» определенный механизм, учитывающий место тела человека среди других тел – как природных, так и социальных – и изменения, которые происходят с телом человека в отличие от того, что совершается во внешнем мире.

Следующий, более высокий уровень самосознания связан с осознанием себя в качестве принадлежащего тому или иному человеческому сообществу, той или иной социальной группе.

Самый высокий уровень развития этого процесса – возникновение сознания «Я» как совершенно особого образования, похожего на «я» других людей и вместе с тем в чем-то уникального и неповторимого, могущего совершать свободные поступки и нести за них ответственность, что с необходимостью предполагает возможность контроля над своими действиями и их оценку. Здесь необходимо оттенить такой аспект, как сознательность. Сознательность характеризуется, прежде всего, тем, в какой мере человек способен осознавать общественные последствия своей деятельности. Чем большее место в мотивах деятельности занимает понимание общественного долга, тем выше уровень сознательности. Сознательным считается человек, способный правильно понять действительность и, сообразуясь с этим, управлять своими поступками. Сознательность – неотъемлемое, свойство душевно здоровой человеческой личности. Возможность понимания последствий поступка резко снижена и даже отсутствует полностью у детей, а также у душевнобольных. Сознательность суть нравственно-психологическая характеристика действий личности, которая основывается на сознании и оценке себя, своих возможностей, намерений и целей.

Однако самосознание – это не только разнообразные формы и уровни самопознания. Это также всегда и самооценка и самоконтроль. Самосознание предполагает сопоставление себя с определенным, принятым данным человеком идеалом «я», вынесение некоторой самооценки – как следствие – возникновение чувства удовлетворения или же неудовлетворения собой. «Зеркало», в котором человек видит самого себя, и, с помощью которого, он начинает относиться к себе как к человеку, то есть вырабатывает формы самосознания, – общество других людей. Самосознание рождается не в результате внутренних потребностей изолированного сознания, а в процессе коллективной практической деятельности и межличностных взаимоотношений.

Осознание себя в качестве устойчивого объекта предполагает внутреннюю целостность, постоянство личности. Мы всегда остаемся сами собой вне зависимости от меняющихся ситуаций. Ощущение человеком своей единственности, самоидентичности поддерживается непрерывностью его переживаний во времени: мы помним свое прошлое, переживаем настоящее, имеем надежды на будущее.

Главная функция самосознания – сделать доступными для собственного понимания мотивы и результаты своих поступков, оценить себя (самооценка). Общим интегральным измерением «Я» здесь выступает самопринятие и самоуважение. Поддержание приемлемого для личности уровня самоуважения составляет важную и, как правило, неосознаваемую функцию самосознания. Одним из способов реализации данной функции и являются защитные механизмы личности (механизмы психологической защиты).

## Основные компоненты сознания

- 1) совокупностью знаний человека об окружающем мире с сохранностью процессов познания – предметное сознание;
- 2) совокупностью знаний о самом себе со способностью отделения «Я» от «не-Я». Это самосознание, которое включает самооценку своего физического (телесного) «Я» и своей личности – психического «Я»;
- 3) наличием адекватных эмоциональных оценок и переживаний в отношениях с окружающими миром, людьми и самим собой;
- 4) наличием возможности постановки целей (целеполагания) и возможности сосредоточения при организации психической и иной деятельности.

## 2. Формирование сознания в онтогенезе

Сознание от момента рождения ребенка до зрелого возраста проходит несколько периодов своего становления (Ушаков Г.К., 1973).

1. *Бодрствующее сознание (8–10 мес)*. В первый год жизни ребенок много спит, и его сознание проявляется только периодами бодрствования. Постепенно в периоды бодрствования появляются первые «реакции выбора наиболее удовлетворяющих ситуаций». Например, можно заметить, что ребенок явно предпочитает находиться на руках у матери или засыпать при покачивании. Можно также заметить, что начинаются попытки исследования (сравнения и сопоставления) объектов окружающего мира. Такого рода реакции составляют первые элементы сознания, так как свидетельствуют о начале формирования и развития отношений ребенка к среде и начале выделения своего тела из окружающего. Ряд исследователей заметили и описали в этом возрасте своеобразные состояния «сытого бодрствования», при которых ребенок не реагирует даже на слова матери, хотя и не спит, а мимика его выражает полное удовлетворение. Полагают, что в этом возрастном периоде в мозге происходят процессы формирования «схемы» тела: импульсы, приходящие из различных частей тела, фиксируются в прогрессивно созревающих мозговых структурах. Формирование в мозге структур в виде «схемы тела» закладывает основу будущего самосознания.

2. *Предметное сознание (от 10–12 мес до 3 лет)*. В этом возрасте главную роль играют непосредственные впечатления от действительности. Формирование сознания более связано с развитием первых образных представлений, образного мышления и речи. Однако ребенок еще не выделяет себя из окружающего, и в его речи отсутствует местоимение «Я». Элементы самосознания в виде употребления личного местоимения «Я» и соотнесения с собой собственных действий и действий окружающих (высказывания типа «я упал», «дай мне») появляются уже на 2–3-м году жизни. В зеркале он начинает узнавать других людей в 8 мес, а себя лишь в 26 мес. На фотографиях других людей он узнает в 1,5 года, а себя – значительно позднее.

4. *Индивидуальное сознание (от 3–4 до 7–9 лет)* знаменуется появлением у ребенка сознания своего «Я» и началом развития самосознания. Возможность выделения себя из окружающей среды становится возможной в связи с уже достаточным развитием первых представлений ребенка о пространстве и времени. Сознание собственного «Я», сугубо индивидуальное в начале, в последующем претерпевает изменения по мере расширения общения ребенка со сверстниками и близкими.

5. *Коллективное сознание (от 7–9 до 14–16 лет)* характеризуется появлением в сознании ребенка к 7–9 годам новых качеств. Знание о предметах действительности и о себе начинает сочетаться со знанием простейших форм отношений и взаимосвязей между собой и коллективом сверстников. Обучение в старших классах школы сопровождается участием подростков в общественных событиях и появлением у них общественного, социального сознания. Все эти новые качества сознания обеспечиваются началом постепенного перехода после 3–4 лет от представлений об объектах пространства вос-

принимаемого (реального) к формированию представлений об объектах своего внутреннего мира, т.е. пространства интрапсихического, субъективного (представляемого и воображаемого).

6. *Рефлексивное сознание (от 14–16 до 22 лет)* характеризуется совершенствованием сознания и приобретением им качеств, которые создают основу для научного мышления. Постепенно сознание приобретает возможность не только создания некой внутренней модели (фотографии) мира, но и как бы «рассматривания» изнутри полученной картины («отражение отражения»). Таким образом, при рефлексии сознание обращается на само себя, и происходит размышление над своими психическими состояниями. Рефлексия знаменует окончательное становление самосознания.

В психологической литературе описываются случаи более медленного развития самосознания у монозиготных близнецов, воспитывающихся вместе. Они долго откликаются на имя своего собрата-близнеца, и правильная ответная реакция у них устанавливается лишь после 2 лет. У близнецов чрезвычайно выражена *эмоциональная синтонность*, т.е. переживание за своего собрата как за самого себя (сопереживание). В зеркале близнец начинает узнавать себя лишь в возрасте от 3 до 4 лет, а до этого смешивает свое отражение с отражением своего партнера (Zazzo R., 1960).

Таким образом, в онтогенезе из сознания предметного, воспринимающего постепенно, вырастает самосознание, которое в свою очередь также претерпевает сложное развитие: от сознания своего телесного, соматического «Я» до сознания психического «Я». Последнее на своих высших этапах (рефлексия) находит выражение в способности индивидуума контролировать адекватность, целостность, последовательность, завершенность своих психических процессов и умение их направлять на решение главных задач, стоящих перед человеком.

### **3. Основные состояния сознания (бодрствование и сон).**

Активное бодрствование – важный компонент сознания, который близко, связан с явлениями пробуждения. Познавательная деятельность невозможна, если уровень бодрствования не достигает определенного, *оптимального уровня*. Противоположным состоянием бодрствования является обычный *сон*. При его достаточной глубине у человека резко понижены функции анализаторов, и он лишен сознания. Сон и бодрствование являются взаимосвязанными сторонами одного цикла, «сон–бодрствование» тесно связан с нейрофизиологическими механизмами активации, которые в настоящее время являются достаточно хорошо исследуемыми («энергетический» блок мозга). Известно много различных факторов и патологических состояний, которые меняют или нарушают режимы активации, приводя к различным расстройствам механизмов бодрствования и сна.

При пробуждении от глубокого сна или при выходе из глубокого обморока восстановление сознания происходит поэтапно. Эти этапы обычно очень короткие и сменяют друг друга в какие-то мгновения, но некоторые люди их фиксируют и могут запомнить. А.Ф. Лазурский (1925) отметил три особенности восстановления сознания после сна: восстановление порогов восприятия (1), восстановление связи восприятия с окружающей действительностью (2), восстановление связи впечатлений с собственным «Я», собственной личностью (3).

Физиолог А.А. Герцен, сам страдавший обмороками, еще в 1890 г. оставил подробное описание такого поэтапного восстановления сознания. Он писал, что первоначально на фоне бессознательного появляется неопределенное чувство бытия, не имеющее никакого отношения к индивидуальности, но и без различения от внешнего мира («безличное сознание»). Это чувство может быть приятным, если нет условий для боли, но оно может быть и очень неприятным, если есть источник боли. Затем человек постепенно начинает видеть и слышать, но ему кажется, что звуки и цвета рождаются внутри него, и каждое из ощущений чувствуется изолированно, калейдоскопично. В после-

дующем начинает осознаваться собственное «Я» – происходит как бы отделение «Я» от внешнего мира, хотя еще отсутствует понимание ситуации и причинно-следственных отношений. Лишь на последнем, четвертом этапе наступает полное восстановление сознания с ясным пониманием личного «Я» и окружающего мира.

Таким образом, наиболее важными обобщенными характеристиками сознания, требующими оценки в повседневной врачебной практике, являются следующие:

- 1) степень ясности сознания, т.е. уровень бодрствования (или люцидность);
- 2) объем сознания, т.е. широта охвата явлений окружающего мира и собственных переживаний. Условно он подразделяется на предметное сознание (опознавание окружающего мира) и самосознание (опознавание соматического и личностного «Я»);
- 3) непрерывность сознания, т.е. его текучесть со способностью непрерывного опознавания и оценки прошлого, настоящего и будущего;
- 4) содержание сознания, т.е. полнота, адекватность, критичность оценки используемых запасов памяти, мышления и эмоциональных отношений;
- 5) активность сознания, т.е. способность к произвольному избирательному сосредоточению сенсорной, интеллектуальной или двигательной активности на актуальных и индивидуально значимых внешних и внутренних явлениях (связь с механизмами внимания и волевой активности).

Бодрствование является состоянием неоднородным, и его можно условно подразделить на следующие три стадии:

- *Напряженное бодрствование* соответствует самой интенсивной умственной деятельности.
- *Нормальное бодрствование* не связано с творчеством и особыми эмоциями не окрашено.
- *Расслабленное бодрствование* в своей крайней степени является переходным ко сну на фоне внутреннего созерцания: человек еще не спит, но уже отрешен от внешнего мира и углублен в себя.

Таким образом, сознание – это мозаика состояний, которая играет более или менее значительную роль как во внешнем, так и во внутреннем равновесии индивидуума. Обработка информации человеком существенно меняется в зависимости от уровня бодрствования. Поведение будет тем эффективней, чем ближе будет уровень бодрствования (активации) мозга к некоторому *оптимуму* – он не должен быть ни слишком высоким, ни слишком низким. При более низких уровнях готовность человека к действию уменьшается, и он вскоре засыпает, а при более высоких человек будет больше взволнован и напряжен, и его поведение может даже полностью дезорганизоваться.

**Состояние сна.** Во сне человек проводит почти треть своей жизни. Лишенный сна человек погибает в течение 2 недель. Лишение сна на 3–5 суток вызывает у человека непреодолимую потребность во сне. Человек теряет способность к сосредоточенному вниманию, могут возникать различные нарушения моторики (тремор и тики), возможны галлюцинации. Периодический ежесуточный сон взрослого человека, как правило, является монофазным (бодрствование и сон приуроченный к суточной смене дня и ночи), иногда дифазным (дважды в сутки), а у маленького ребенка наблюдается полифазный тип сна (в 3–5 мес. жизни ребенок обычно спит 17–18 ч, а в 2–3 года – 12 ч).

У некоторых животных наблюдается *сезонный сон* (спячка), обусловленный неблагоприятными для организма условиями среды (холода, засухи и т.п.). Все другие виды сна (наркотический, гипнотический и патологический) являются следствием нефизиологических воздействий на организм человека или животного.

*Наркотический сон* может быть вызван различными веществами: вдыханием паров эфира и хлороформа, введением наркотиков, алкоголя и т.д. Подобный сон возникает и при воздействии на мозг прерывистого электротока слабой силы – электронаркоз.

*Гипнотический сон* наступает под влиянием словесного воздействия гипнотизера, сосредоточением на монотонных раздражителях, гипнотическим действием обстановки.

*Патологический сон* возникает при анемии мозга, мозговой травме, опухолевом поражении больших полушарий или некоторых участков ствола мозга. К явлениям патологического сна относятся и летаргический сон, снохождение и др.

Далеко не всем людям требуется 7–8 ч ночного сна. Одни хорошо себя чувствуют после 4–5 ч сна, тогда как другим нужно 8–9 ч. Но какова бы ни была длительность сна, для всех людей характерна склонность всегда придерживаться одного и того же распорядка сна и бодрствования (у «жаворонков» – уровень наибольшей работоспособности отмечается в ранние утренние часы, а у «сов» поздно вечером).

Сон, так же как и бодрствование – состояние неоднородное, имеет, по крайней мере, две фазы: «медленный» сон (синхронизированный, без сновидений) и «быстрый» сон (десинхронизированный, парадоксальный, или сон «быстрых движений глаз» со сновидениями).

Фаза «медленного» сна длится примерно 70 мин, а фаза «быстрого», парадоксального сна длится 15–20 мин. При нормальном 8-часовом ночном сне фазы медленного и парадоксального сна много раз чередуются (цикл около 90 мин).

Фаза парадоксального («быстрого») сна интересна тем, что здесь активность мозга резко возрастает, как будто человек просыпается, учащаются сердечный ритм и дыхание, глаза совершают быстрые движения под сомкнутыми веками, но в то же время человек находится в полной неподвижности вследствие резкого падения мышечного тонуса. Это обусловлено очень сложным механизмом тормозного контроля двигательной активности во сне.

В периоды парадоксального сна человек в 80–90% случаях видит яркие и испытывает сильные эмоции. Несмотря на электроэнцефалографическую картину, близкую к дремоте, пробудить из этой стадии человека не легче, чем из глубокого медленного сна. В этот период могут возникать и приступы снохождения («лунатизм»). В онтогенезе продолжительность парадоксального сна снижается: у новорожденного он составляет 50% от общей продолжительности сна, у ребенка до 2 лет – 30–40%, от 2 до 5 лет – 20%, от 5 до 13 лет 15–20%, у взрослых – от 15 до 25%.

Исследования показали, что за фазу быстрого сна ответственна определенная область ретикулярной формации, состоящая из гигантских клеток, разветвления которых заходят далеко в соседние области и приводят к активации сенсорных областей коры, особенно зрительной зоны, возбуждают высшие мозговые центры влечений и эмоций. Сновидения в этот период отражают мотивацию, желания человека и служат как бы символической их реализацией, разряжают очаги напряжения, возникшие из-за неоконченных дел и тревожных мыслей. В сновидениях отражается прошлая жизнь человека, его переживания (Фрейд З., 1933). Быстрый сон способствует стабилизации эмоционального состояния человека, а сновидения можно рассматривать как своеобразный дополнительный механизм психологической личностной защиты. Каждую ночь человек видит сны 4–5 раз, и «разглядывание» сновидений занимает в сложности от 1 до 2 ч. Люди, утверждающие, что они видят сновидения редко, просто не просыпаются в фазе сновидений.

О связи сновидений с бывшими впечатлениями убедительно свидетельствует факт, что в своих снах слепорожденные не видят зрительных сцен, а глухорожденные не слышат голосов и звуков. Другим источником сновидений могут быть текущие ощущения, в том числе и со стороны внутренних органов, включая интерорецептивные сигналы, не доходящие до сознания в состоянии бодрствования. Последнее обстоятельство может иметь значение во врачебной практике, так как первые симптомы нарастающего неблагополучия органов могут проявляться в сновидениях больных.

Медленноволновой сон сопровождается снижением вегетативного тонуса: сужаются зрачки, розовеет кожа, активность сердечной, дыхательной, пищеварительной и выделительной систем снижается. В противоположность этому во время парадоксального сна наступает «вегетативная буря». Дыхание становится нерегулярным, меняется по глубине и ритму. Возможна остановка дыхания (например, в ночном кошмаре).

#### 4. Взаимодействие сознательного и бессознательного

Чем отличается сознательная деятельность человека? Первое отличие заключается в том, что деятельность животных может осуществляться только по отношению к предмету жизненной, биологической потребности. Сознательная деятельность человека не всегда и не обязательно связана с биологическими мотивами, а зачастую даже противоречит им. У человека то, на что направлена деятельность, не совпадает с тем, что ее побуждает. Это проявляется в изготовлении орудий труда, в разделении функций (например, загонщика и охотника) в процессе трудовой деятельности.

Вторая особенность сознания заключается в том, что человек обладает иными формами отражения действительности, не только наглядным, чувственным, а отвлеченным, рациональным опытом, абстрактным мышлением. Обезьяна, по выражению Келлера, является рабом зрительного поля, то есть ее отражение ограничено наглядной ситуацией, она отражает непосредственно данные, внешние связи и отношения между предметами. Сознание же человека отражает существенные, устойчивые, закономерные связи между предметами и явлениями окружающего мира, выходит за пределы чувственного опыта.

Решающим фактором развития сознания является возникновение языка. *Язык человека* представляет сложную систему кодов, обозначающих предметы, признаки, действия или отношения, которые несут функцию кодирования, передачи информации и введения ее в различные системы. Основной единицей языка является *понятие*. Именно в понятии отражены и закреплены существенные и устойчивые признаки того предмета, который оно обозначает. Возникновение языка и речи создает условия и возможности для усвоения не только своего индивидуального опыта, но и опыта других поколений – общественно-исторического опыта, что составляет третью важнейшую особенность сознания.

Таким образом, сознание – это высший уровень отражения действительности общественно-развитым человеком.

Понятия «сознательное» и «психическое» неравнозначны. Нельзя считать, что все психические процессы у человека в каждый данный момент включены в сознание. В психике часто выделяют три взаимодействующих уровня:

- *сознательный* – осознаваемое актуальное содержание мыслей и переживаний;
- *подсознательный* – содержание, переходящее в нужный момент на сознательный уровень;
- *бессознательный* – инстинктивные механизмы и личное бессознательное (неосознаваемая мотивация аффективных и других общих реакций).

В зоне ясного сознания находит свое отражение лишь малая часть всех одновременно приходящих из внешней и внутренней среды организма сигналов. Сигналы, попавшие в зону ясного сознания, используются человеком для осознанного управления своим поведением.

Остальные сигналы также используются организмом для регулирования некоторых процессов, но на подсознательном уровне. Большинство физиологических процессов (например, процессы обмена веществ) вообще не осознаются, другие (сердцебиение, дыхание) могут быть частично осознаны, если направить на них свое внимание. Сознание не участвует и в таких безусловных рефлекторных реакциях, как моргание или отдергивание руки при уколе, можно сознательно тормозить, задерживать эти реакции. Сознание практически не участвует и в таких автоматизированных действиях, как ходьба или езда на велосипеде. Здесь речь идет не о выборе направления, а о самих двигательных актах, хотя иногда, задумавшись, человек может автоматически (бессознательно) обходить препятствия.

На неосознаваемом уровне могут протекать и некоторые психические процессы. Мы можем частично воспринимать и запоминать предметы и звуки, на которые наше внимание не было сознательно обращено. При мышлении человек не всегда может дать

себе ясный отчет, каким именно образом он пришел к определенному заключению. В таких случаях мы говорим об *интуиции*, так как начало мышления и его завершение (вывод) осознаны, но вся промежуточная часть цепочки мыслительных операций человеком не осознается. Особенно велика роль неосознаваемых психических процессов в возникновении и проявлениях эмоций и чувств. Во многих случаях человек не может дать обоснование на уровне сознания причинам антипатии или симпатии к кому-либо в своем окружении или чувству страха перед какими-то предметами явлениями.

Взаимоотношения между осознаваемыми и бессознательными психическими процессами очень сложны. Многие наблюдения психологов, особенно при изучении явления установки (Узнадзе Д.Н., 1966), показали, что в каждый данный момент в зону ясного сознания попадают преимущественно те моменты, которые создают *затруднения* для продолжения прежнего режима регулирования. Возникшие затруднения привлекают внимание и таким образом осознаются. Осознание затрудняющих регуляцию или решение задачи обстоятельств способствует нахождению нового режима регулирования или нового способа решения, но как только они найдены, управление вновь передается в подсознание. Происходит как бы непрерывная передача управления, постоянное взаимодействие сознания и подсознания.

Отсюда допускают, что сознательное управление *пошаговое* (поэтапное дискретное) и сознание привлекается к данному объекту только на относительно короткий интервал времени. Если сознание принудительно сосредоточивается на одном и том же монотонно изменяющемся содержании достаточно долго, то это автоматически приводит к снижению уровня бодрствования, возникновению сонливости и сна. Очень многие техники медитации и гипноза используют эти эффекты сосредоточенности на монотонных раздражителях с целью получения измененных состояний сознания.

Бессознательное – неперенная составная часть психической деятельности каждого человека. Многие знания, отношения и переживания, составляющие внутренний мир человека, могут им не осознаваться, но определенным образом влиять на его поведение.

В *структуру бессознательного психического* входит широкий круг явлений:

- *Субсенсорные* (то есть подпороговые) ощущения и восприятия.
- *Интероцептивные* ощущения, которые не осознаются в норме, когда человек здоров и начинают осознаваться только при нарушениях состояния здоровья.
- *Автоматизмы* и навыки, которые вырабатываются в течение жизни (например, автоматизм речи, ходьбы, навык письма, рабочие навыки). Сознательная деятельность может выполняться лишь тогда, когда большинство ее элементов автоматизировано. Мы можем следить за смыслом речи и письма, только если их механизм автоматизирован.
- *Импульсивные действия* – действия, совершаемые безотчетно, без контроля сознания. Часто такие действия человек совершает в состоянии аффекта.
- *Информация, которая накапливается в течение всей жизни и хранится в памяти*. Из всей суммы имеющихся знаний в каждый момент в фокусе сознания находится только небольшая ее доля. Формы бессознательной переработки информации, в частности, *интуиция*.
- *Установка* как целостное состояние человека, выражающее динамическую направленность личности на активность в каком-либо виде деятельности, устойчивую ориентацию по отношению к определенным объектам.
- *Психические явления, возникающие во сне*. Сон – это не состояние отдыха мозга, а его деятельностное состояние. «Необходимость отвлечения от сигналов внешнего мира (именно это и составляет сущность сна) связана с особенностями организации переработки информации, с заполнением информационной емкости кратковременной памяти, с необходимостью рассортировки информации в долговременную память, в текущую программу деятельности, для уничтожения ненужного». То есть сон, как активное состояние мозга, характеризуется психической деятельностью, которая не осознается человеком.

Сознание структурно организовано и представляет собой целостную систему, состоящую из множества компонентов.

В современной философии в структуре индивидуального сознания принято выделять четыре основных компонента:

- 1) телесно-перцептивный (ощущения, восприятия, представления);
- 2) чувственно-эмоциональный (эмоции, аффекты, чувства, инстинкты);
- 3) логико-понятийный (понятия, логические умозаключения);
- 4) ценностно-мотивационный (идеалы, фантазия, воображение, интуиция).

Данная структура соотносится с фактом межполушарной асимметрии мозга. Как известно, правое полушарие мозга «отвечает» за наглядно-образное мышление, левое – за словесно-логическое мышление. Наряду с выделенными структурными элементами в поле сознания представлены и уровни: бессознательный (сновидения, гипнотические состояния, состояния невменяемости), собственно сознание (включающее четыре названных компонента) и сверхсознание (интуиция, творчество).

Сфера индивидуального бессознательного, открытая австрийским психиатром З. Фрейдом, представляет собой совокупность психических явлений, состояний, не поддающихся контролю со стороны сознания (сновидения, гипнотические состояния, сомнамбулизм и т.д.) По его мнению, психика человека имеет три сферы: «Оно», «Я» и «Сверх-Я». «Оно» – это сфера бессознательных влечений. «Я» – сфера сознательного, посредник между «Оно» и «Сверх-Я», между бессознательным и внешним миром. «Сверх-Я» выполняет роль «морального цензора», это внутриличностная совесть, олицетворяющая устои общества.

Ученик и последователь З. Фрейда швейцарский психиатр К. Юнг предположил наличие в структуре бессознательного так называемых «архетипов», связанных с коллективной жизнью людей. Он полагал, что вся информация, накопленная человечеством, сохраняется на генетическом уровне в памяти потомков и проявляется в сновидениях, художественном творчестве. В отличие от З. Фрейда, полагавшего, что поведением человека управляет психическая энергия сексуальных влечений – либидо, а задача человека заключается в превращении «Оно» в «Я», К. Юнг считал, что кроме индивидуального бессознательного существует более глубокий слой человеческой психики – коллективное бессознательное.

Неофрейдистское видение бессознательного наблюдается и у австрийского психиатра В. Райха, который вслед за З. Фрейдом биологизирует бессознательное, рассматривая человека как природно-социальное существо. Наиболее видный представитель неофрейдизма – немецко-американский психолог и социолог Э. Фромм выступил против биологизации бессознательного и подверг критике теорию З. Фрейда за антагонизм между сущностью человека и культурой и попытался соединить психоаналитическую теорию З. Фрейда с марксистской концепцией человека. Одним из важнейших факторов развития человека, по его мнению, является противоречие, вытекающее из его двойственной природы. Человек – существо природное и социальное. Это противоречие Э. Фромм назвал «экзистенциальной дихотомией». В структуре индивидуального сознания сознательное и бессознательное взаимосвязаны и не существуют изолированно друг от друга.

Причины болезни Фрейд видит в конфликте между социальной средой и биологическим началом в человеке. Фрейд разрабатывает учение о трехуровневой организации психики. Нижний уровень представляет собой *бессознательное* психическое, этот уровень включает в себя биологические инстинкты, желания, чувства, аффекты, влечения, главным из которых является либидо – половое влечение. Эта сфера насыщена энергией, но закрыта от сознания в силу социальных запретов, установок, накладываемых обществом. 2-й уровень – *предсознание* – уровень волевой регуляции поведения в реальных условиях жизни. 3-й уровень – высший – *сознание* – уровень разума, мышления, отражает те требования и запреты, которые накладываются обществом на поведе-

ние человека. Поскольку требования, предъявляемые к личности со стороны этих трех уровней, несовместимы, личность постоянно пребывает в ситуации конфликта, от которого она спасается с помощью специальных защитных механизмов. Многие положения и методы, разработанные в русле психоаналитической концепции, широко используются в современной клинической психологии и психотерапии.

Современные представления о феноменологии бессознательного психического позволяют говорить о том, что сознание и бессознательное работают в режиме гармоничного единства. При этом зона максимально ясного сознания невелика. Бессознательное можно определить как совокупность психических явлений, состояний и действий, не представленных в сознании человека, безотчетных и не поддающихся контролю.

## 5. Механизмы психологической защиты

Защита, в том числе и психологическая, защищает любого человека от прошлой (психотравма, воспоминания); или актуальной (непосредственно происходящая ситуация) или от будущей (гипотетические страхи и переживания) психологической боли. Природа создала эти защиты для скорой психологической самопомощи (примерно как ответная реакция на болезнь или травму у организма). Однако только ответная реакция с болезнями и физическими травмами тела справиться не может, сколько его не укрепляй и не повышай иммунитет. Поэтому нужны врачи, медикаменты, операционные вмешательства, физиотерапия, санаторное лечение и прочее. С психикой все почти то же самое – психологические защиты *только защищают*, но не «лечат», т.е. проблему они не решают, она остается с человеком. Поэтому уповать на «психологический иммунитет, психологическую сопротивляемость» и быть от этого устойчивым и выносливым к психологическим перипетиям своей жизни недостаточно. Ведь именно психологические защиты делают человека в обычной жизни странным, неадекватным, закомплексованным и т.д. Защитить-то они защитили, но для нормальной жизни непригодны. Это как везде ходить в латах – на работу, на отдых, к знакомым, и спать в латах и есть в латах и душ принимать в латах ну и т.д. Они будут мешать, а у окружающих вызывать недоумение.

Механизмы психологической защиты и сопротивления могут проявляться в следующих случаях:

1. Прошлая психологическая травма (стресс)
2. Неприятные воспоминания
3. Страх перед любыми неудачами
4. Страх перед любыми изменениями
5. Стремление к удовлетворению своих детских потребностей (инфантилизм)
6. Вторичная выгода от своей болезни или своего состояния
7. Слишком «жесткое» сознание, когда оно наказывает человека непрекращающимися невротическими страданиями
8. Нежелание менять «удобную» социальную позицию на «неудобную» – быть активным, работать над собой, быть социально адаптивным, больше зарабатывать, сменить партнера и прочее.

Если длительное время не решать возникшие проблемы, то психологические защиты могут отрицательно воздействовать на психику человека, т.е:

1. Сначала теряется адаптивность поведения, т.е. человек ведет себя неадекватно ситуации. Возникают сложности общения. Ограничивается образ жизни или он становится очень специфичным.

2. Далее дезадаптация нарастает. Могут возникать психосоматические заболевания (заболевания, первопричиной которых явились эмоциональные травмы). Нарастает внутреннее напряжение, тревожность. «Сценарий» жизни начинает подчиняться психологической защите от душевной боли: определенного вида хобби, увлечения, профессия.

Образ жизни становится формой «безболезненной психотерапии». Защитный стиль жизни становится самым важным, т.о. идет постоянное отрицание проблем и усугубление дезадаптации и психосоматики.

В свое время профессор Зигмунд Фрейд и его младшая дочь, профессор Анна Фрейд, открыли т.н. защитные механизмы психики, посредством которых любая информация из внешнего мира, будучи отвергнутой сознанием, попадает, минуя его, в бессознательное психики. К подобным защитным механизмам следует отнести такие формы и способы защиты, как сублимация, отрицание, вытеснение, проекция, идентификация, интроекция, рационализация, аннулирование действия, расщепление и др. Кратко рассмотрим перечисленные защитные механизмы психики.

1. Канализация агрессии на других людей (в словесной (вербальной) или в поведенческой форме) – говорит о скрытом чувстве вины.

2. Вытеснение – выталкивание из сознания болезненных воспоминаний и чувств, импульсов. Человек просто «забыл», «не успел», «не сделал».

3. Отрицание – намеренное игнорирование болезненных реальностей и действие так, будто бы их не существует: «не заметил», «не услышал», «не увидел» и т.д. очевидных стимулов, сигналов. (Скарлетт (Унесенные ветром): «Я подумаю об этом завтра»).

4. Формирование реакции (при неврозе навязчивых состояний (обсессивно-компульсивный невроз) – преувеличение одного эмоционального аспекта ситуации, чтобы с его помощью подавить противоположную эмоцию. Например быть предельно пунктуальным а на самом деле желание быть свободным со временем.

5. Трансфер (перенос, перемещение) – смена объекта чувств (перенос с реального, но субъективно опасного объекта на субъективно безопасный). Агрессивная реакция на начальника переносится с начальника, которого наказать невозможно в силу ряда психологических и иных причин, на собаку – как на более слабое существо (японцы использовали эту психологическую защиту в изобретении кукол для битья, замещающих начальника); или перенос любви или агрессии в адрес психотерапевта, вместо выражения этих эмоций настоящему объекту вызвавшему эти чувства.

6. Обратное чувство – изменение импульса, превращение его из активного – в пассивный (и наоборот) – либо смена его направления (на себя с другого, или на другого с себя), например, садизм – может перейти в мазохизм, или мазохизм – в садизм.

7. Подавление (фобии) – ограничение мыслей или действий для того, чтобы избежать тех из них, которые могут вызвать тревогу, страхи. Эта психологическая защита порождает различные персональные ритуалы (амулет на экзамен, определенная одежда для уверенности в себе и прочее).

8. Идентификация с агрессором (подражание) – имитация того, что понимается как агрессивная манера внешнего авторитета. Критика детьми своих родителей в их же агрессивной манере. Подражание поведению своего начальника дома со своей семьей.

9. Аскетизм – отказ себе в удовольствиях с видом собственного превосходства.

10. Интеллектуализация, рационализация (обсессивно-компульсивный невроз) – излишнее умствование как способ переживания конфликтов, долгое обсуждение (без переживания аффекта, связанного с конфликтом), «рациональное» объяснение причин произошедшего, на самом деле не имеющее ничего общего с рациональным объяснением.

11. Изоляция аффекта (обсессивно-компульсивный невроз) – подавление чувств, связанных с какой-то определённой мыслью.

12. Регрессия – возвращение в ранний возраст (плач, беспомощность, курение, алкоголь и прочие инфантильные реакции).

13. Сублимация – перевод одного вида энергии в другой: секс – в творчество; агрессия – в политическую активность.

14. Расщепление – разделение позитивного и негативного в образах «я» и объектов. Резкая смена «+» и «-» оценок себя и других – нереалистичная и нетвёрдая оценка.

«+» и «-» сосуществуют отдельно, но параллельно. Например, то психотерапевт «+», то вдруг «-» и так по поводу любого значимого человека.

15. Девальвация – сведение важного до минимума и презрительное отрицание этого.

16. Прimitивная идеализация – преувеличение силы и престижа другого человека.

17. Всемогущество – преувеличение собственной силы.

18. Проекция – наделение собственными конфликтующими или любыми другими своими импульсами другого человека.

19. Проективная идентификация – проекция на какого – то человека, над которым человек затем пытается установить контроль. Проекция своей враждебности на других и ожидание того же с их стороны.

20. Репрессия – подавление желаний.

21. Эскапизм – избегание цели ситуации. Это может проявляться буквально, т.е. поведенчески человек может физически убежать из ситуации (от общения, от встречи), а может косвенно – избегать определенных тем разговора.

22. Аутизм – глубокий уход в себя (выход из «жизненной игры»).

23. Реактивное образование – замена поведения, или чувства на противоположное поведение или чувство как реакция на сильнейший стресс.

24. Интроекция – некритичное усваивание чужих убеждений и установок.

25. Фанатизм – воображаемое слияние желаемого и действительного.

Это далеко не полный список всех психологических защит, но зато это самые яркие и распространенные реакции. В любом случае эти реакции не освобождают человека от психологической проблемы, а только временно защищают, дают возможность «психологически выжить» в критической ситуации.

Таким образом, можно сказать, что защитные механизмы – система регуляторных механизмов, которые служат для устранения или сведения до минимальных негативных, травмирующих личность переживаний. Эти переживания в основном сопряжены с внутренними или внешними конфликтами, состояниями тревоги или дискомфорта. Ситуации, порождающие психологическую защиту, характеризуются реальной или кажущейся угрозой целостности личности, ее идентичности и самооценке. Это субъективная угроза может, в свою очередь, порождаться конфликтами противоречивых тенденций внутри личности, либо несоответствием поступающей извне информации, сложившейся у личности образу мира и образу Я.

Механизмы защиты направлены, в конечном счете, на сохранение стабильности самооценки личности, ее образа Я и образа мира. Это может достигаться, например, такими путями как: устранение из сознания источников конфликтных переживаний; трансформация конфликтных переживаний таким образом, чтобы предупредить возникновение конфликта.

В тех случаях, когда Эго не может справиться с тревогой и страхом, оно прибегает к механизмам своеобразного искажения восприятия человеком реальной действительности. Защита психологического механизма является по существу способами искажения реальности (самообмана): Эго защищает личность от угрозы, искажая суть самой угрозы. Все механизмы психологической защиты искажают реальность с целью сохранения психологического здоровья и целостности личности. Они формируются первоначально в межличностном отношении, затем становятся внутренними характеристиками человека, то есть теми или иными защитными формами поведения. Следует заметить, что человек часто применяет не одну защитную стратегию для разрешения конфликта или ослабления тревоги, а несколько.

Несмотря на различия между конкретными видами защит их функции сходны: они состоят в обеспечении устойчивости и неизменности представлений личности о себе.

## 6. Нарушения сознания

Наиболее четко главные симптомы нарушенного сознания описал немецкий психиатр К. Ясперс (1923). Он сформулировал *три главных признака синдромов нарушенного сознания*: отрешенность от окружающего мира, дезориентировка и амнезия в период нарушенного сознания.

1. Отрешенность от окружающего мира понимается как утрата способности воспринимать окружающее или восприятие фрагментарное, неотчетливое, беспорядочное. Кроме того, у больного утрачивается способность к мышлению – оно отличается затруднениями анализа и синтеза, установления причинно-следственных связей, но относительной сохранностью механических ассоциаций.

2. Дезориентировка – полное или частичное нарушение ориентировки человека в месте, времени, собственной личности.

3. Амнестические расстройства (полная или частичная амнезия), распространяющиеся на события всего периода расстроенного сознания.

Важно подчеркнуть, что для установления состояния нарушенного сознания необходимо обязательное наличие *совокупности перечисленных признаков*. Один или несколько не связанных между собой симптомов не могут в достаточно точной степени свидетельствовать о патологии сознания.

Наиболее часто в медицинской практике нарушения сознания подразделяют на количественные (непсихотические, или «простые» формы) и качественные (психотические, или «сложные» формы). Особое место в классификации занимают нарушения самосознания – деперсонализация.

### Состояния выключения сознания

Количественные нарушения сознания связаны с нарушениями процессов активации, что приводит к снижению уровня бодрствования со своеобразным «выключением» сознания. В зависимости от степени выраженности выключения сознания выделяют кому, сопор и оглушение.

*Коматозное состояние* характеризуется полным выключением сознания, больной лежит с закрытыми глазами, и его невозможно разбудить – он не реагирует ни на какие раздражители, даже сильные болевые. Выражена мышечная атония, постепенно угасают все рефлексы, а в терминальных стадиях происходит угнетение центров дыхания и кровообращения.

В связи с успехами трансплантологии в литературе широко обсуждаются медицинские, этические и юридические проблемы *хронического «вегетативного состояния»* (иначе – «кома с бодрствованием», «мозговая смерть», «декортикация»), возникающего после тяжелых повреждений мозга вслед за периодом (10–14 дней) *сноподобной комы*. При этом глаза больного открываются самопроизвольно в ответ на словесные стимулы, сохранена циклическая смена сна и бодрствования, может самопроизвольно регулироваться дыхание и поддерживаться нормальный уровень артериального давления, но высшие психические функции при этом уже безвозвратно утрачены.

Существует целый ряд состояний, напоминающих «кому с бодрствованием», но отношения к ней не имеющих. В этих случаях также требуется проводить диагностику различия или отсутствия высших кортикальных функций. Например, ошибочное впечатление о коме с утратой психической деятельности возникает при поражении ствола мозга – так называемом *синдроме изоляции* («locked-in»), который бывает при полном параличе всех конечностей. Однако у таких больных сохранено мигание и вертикальные движения глаз. Их можно обучить азбуке Морзе, с помощью которой они способны передавать глазами достаточно сложные мысли.

*Сопорозное состояние* характеризуется, так же как и кома, полным выключением сознания, но у больного сохранены оборонительные и другие безусловные рефлексы.

Сопор и кома являются признаками тяжелого соматического неблагополучия организма. После выздоровления остается полная амнезия всего периода бессознательного состояния.

*Оглушение* – выраженная его степень граничит с сопором, однако больного удается «растормошить», и он приходит на короткое время в сознание. При отсутствии сильных стимулов извне (энергичные оклики, встряхивание) больной снова погружается в спячку. После выздоровления, при тяжелом оглушении, амнезия на период нарушения сознания почти полная. При средней степени оглушенности (*сомонолениция*) сонливость менее глубокая; больной сам не говорит, но на вопросы отвечает, хотя и со значительной задержкой; нарушено осмысление окружающего, а при выздоровлении отмечается частичная амнезия.

При более легком оглушении – *обнубляции* происходит колеблющееся по интенсивности легкое затемнение сознания с затруднением осмысливания ситуации, понимания смысла происходящего и чужой речи, больной сонлив, медленно и мало говорит.

### Состояния помрачения сознания

Качественные нарушения сознания обусловлены расстройством (дезинтеграцией) сознания и его «заполнением изнутри» патологическим содержанием (психопатологической продукцией, чаще галлюцинаторной и бредовой), в силу чего нарушается ориентировка больного в конкретно-предметной среде, изменяется поведение, а после выздоровления отсутствуют или отрывочны воспоминания о периоде помрачения сознания.

Дезинтеграция сознания – это корковое нарушение связей, т.е. более сложное расстройство, чем простое выключение сознания. В этой группе чаще всего выделяют делирий, онейроид, аменцию и сумеречные состояния сознания.

*Делирий* (от лат. *delirium* – безумный) характеризуется преобладанием у больных наплывов ярких сценopodobных истинных зрительных галлюцинаций. Делириозное помрачение сознания обычно усиливается к вечеру и ночью, а днем могут наступать периоды относительного прояснения сознания. Поведение больного зависит от содержания психопатологической продукции, воспоминания на период делирия после выздоровления сохраняются частично. Типичный пример делирия – алкогольная «белая горячка».

*Онейроид* (от греч. [*oneiros*] – сновидение) характеризуется преобладанием у больных наплывов фантастических зрительных псевдогаллюцинаторных переживаний, напоминающих сновидения или грезы. Больные полностью дезориентированы и погружены в свой внутренний мир или сохраняют двойственность ориентировки, отражая и реальную, и кажущуюся действительность. Воспоминания о пережитом сохраняются частично, причем больные обычно забывают реальные события, но помнят свои болезненные фантастические переживания. Онейроид чаще наблюдается при тяжелых инфекциях и шизофрении.

Менее глубокое помрачение сознания наблюдается при *ониризме* («бред сновидений»), когда нарушается дифференцировка между сновидениями и реально происходящим вокруг. Бред является как бы продолжением очень ярких сновидений и сновидных переживаний, чаще приятных. После пробуждения убежденность в реальности виденного во сне, его актуальность постепенно уменьшаются.

*Аменция* (от лат. *amentia* – бессмыслие) характеризуется состоянием спутанности сознания в силу острой потери способности синтеза восприятия образования причинно-следственных ассоциаций (инкогеренция, бессвязность мышления). Поведение определяется растерянностью с аффектом недоумения. Нарушены все виды ориентировки, а речь больного состоит из рывков воспоминаний. Амнезия после выздоровления полная, распространяется на весь период аменции. Аментивные состояния бывают после тяжелых

травм мозга, при тяжелых и длительных заболеваниях, приводящих к истощению нервной системы (интоксикации, инфекции).

*Сумеречное расстройство сознания* характеризуется резким сужением знания, при этом внешние впечатления либо совсем не доходят до больного, либо доходят неполностью. Внимание приковывается к одному объекту с возможностью внешне упорядоченных и даже сложных действий. Могут наблюдаться и галлюцинаторно-бредовые переживания, обуславливающие внезапные и опасные для окружающих поступки – бегство, нападение. Сумеречное состояние всегда начинается внезапно, длится от нескольких минут до нескольких дней, сопровождается полной амнезией перенесенного. Чаще сумеречные состояния наблюдаются при органических заболеваниях мозга, эпилепсии, патологическом опьянении, а также после внезапных тяжелых психических травм (патологический аффект).

### **Тестовый контроль знаний**

1. Относительно устойчивая совокупность всех представлений человека о самом себе, связанная с самооценкой, называется в психологии:

- 1) личность
- 2) сознание
- 3) «Я-концепция»
- 4) структура самосознания

2. Грезоподобное нарушение сознания, сопровождающееся состояниями зачарованности или эйфории, называется:

- 1) онейроидом
- 2) делирием
- 3) аменцией
- 4) тупором
- 5) сумеречным расстройством сознания

3. Онейроидное помрачение сознания представляет собой:

- 1) пароксизмальное помрачение сознания
- 2) иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания
- 3) сумеречное помрачение сознания
- 4) сновидно-фантастическое помрачение сознания

4. Особая форма психического отражения у человека, интегрирующая в себе все другие процессы, обеспечивая их взаимодействие, т.е. последовательность, непрерывность и целенаправленность их протекания.

- 1) мышление
- 2) бессознательное
- 3) сознание
- 4) чувства

5. В философии понятия «сознание» и «душа» рассматриваются как две основные разновидности бытия. В рамках какого философского направления душа является сущностью, началом любого предмета живой, а иногда и не живой природы, рассматривается как причина жизни, дыхания, познания.

- 1) материализм
- 2) идеализм
- 3) дуализм
- 4) стоицизм

6. Какое философское течение признавало существование не одного, а двух начал: материального и идеального, которые независимы, вечны, не сводимы и не выводимы друг из друга – развиваются по своим законам, хотя и взаимодействуют.

- 1) материализм
- 2) идеализм
- 3) дуализм
- 4) стоицизм

7. Какие факторы стали решающими для формирования сознания.

- 1) возникновение государственного общества
- 2) изготовление орудий труда
- 3) неблагоприятные природные условия
- 4) появление языка и речи

8. Основные компоненты сознания.

- 1) предметное сознание – совокупность знаний человека об окружающем мире
- 2) самосознание
- 3) адекватные эмоциональные оценки и переживания в отношениях с окружающим миром
- 4) целеполагание

9. Компонент сознания, способствующий познавательной деятельности, это \_\_\_\_\_

---

10. Какой этап бодрствования не связан с творчеством и не окрашен особыми эмоциями?

- 1) нормальное бодрствование
- 2) напряженное бодрствование
- 3) расслабленное бодрствование

11. На каком этапе происходит переход ко сну на фоне внутреннего созерцания?

- 1) нормальное бодрствование
- 2) напряженное бодрствование
- 3) расслабленное бодрствование

12. Периодическое функциональное психическое состояние со специфическими поведенческими проявлениями в сфере вегетативной и моторной, характеризуется значительной обездвиженностью и отключенностью от сенсорных воздействий внешнего мира.

- 1) апатия
- 2) расслабленное бодрствование
- 3) кома
- 4) сон

13. Вид сна, сопровождающийся быстрыми низкоамплитудными колебаниями на энцефалограмме, атония антигравитационной мускулатуры, падет активность мышц шеи, появляется физические явления в виде быстрых движений глаз, подергивание мышц лица, конечностей, нарушается регулярность ритма дыхания и сердечной деятельности, поднимается артериальное давление.

- 1) наркотический сон
- 2) парадоксальный сон
- 3) патологический сон
- 4) медленный сон

14. В фазе этого сна наблюдаются тонические (стойкие) изменения вегетативных и моторных показателей, снижается тонус мускулатуры, замедляется активность дыхания, сердечной, пищеварительной и выделительной систем, сужаются зрачки, розовеет кожа.

- 1) наркотический сон
- 2) парадоксальный сон
- 3) патологический сон
- 4) медленный сон

15. Синхронизированный сон, без сновидений, со снижением вегетативного тонуса, фаза которого длится приблизительно 70 минут. В период этого сна могут появляться сомнамбулизм, сногворение, ночные кошмары у детей, о которых после пробуждения не помнят.

- 1) наркотический сон
- 2) патологический сон
- 3) медленный сон
- 4) парадоксальный сон

16. Вид сна, сопровождающийся физическими явлениями в виде быстрых движений глаз, подергивание мышц лица, конечностей, нарушается регулярность ритма дыхания и сердечной деятельности, поднимается артериальное давление.

- 1) патологический сон
- 2) гипнотический сон
- 3) медленноволновой сон
- 4) быстроволновой сон

17. Этот сон наступает под влиянием словесного воздействия, сосредоточением внимания на монотонных раздражителях.

- 1) быстроволновой сон
- 2) патологический сон
- 3) гипнотический сон
- 4) медленноволновой сон

18. Тип сна, при котором бодрствование и сон приурочены к суточной смене дня и ночи.

- 1) монофазный
- 2) полифазный
- 3) дифазный

19. Что не входит в структуру бессознательного?

- 1) субсенсорные ощущения
- 2) автоматизмы
- 3) произвольное внимание
- 4) сон
- 5) аффект
- 6) фантазии и грёзы

20. Совокупность психических процессов, актов и состояний, обусловленных явлениями действительности, во влиянии которых субъект не отдает себе отчета.

- 1) самосознание
- 2) сознание
- 3) бессознательное
- 4) предсознание

21. Теория личности, личностной структуры развития, динамики и изменений личности, созданная Зигмундом Фрейдом.

- 1) гуманистическая психология
- 2) аналитическая психология
- 3) психоанализ

22. Основатель психоаналитической теории, он утверждал, что поведение в большей степени подчиняется влиянию подсознательных сил (влечений).

- 1) А. Адлер
- 2) М. Вертхаймер
- 3) З. Фрейд
- 4) Э. Берн

23. Ситуация: больной лежит с закрытыми глазами и его невозможно разбудить, – он не реагирует ни на какие раздражители, даже сильные болевые. Выражена мышечная апатия, постепенно угасают все рефлексы. Какое состояние нарушенного сознания описано?

- 1) сопорозное состояние
- 2) оглушенность
- 3) коматозное состояние
- 4) обнубиляция

24. При каком состоянии у больного наблюдается полное выключение сознания, однако сохраняются оборонительные и другие безусловные рефлексы.

- 1) сопорозное состояние
- 2) оглушенность
- 3) коматозное состояние
- 4) синдром изоляции

25. Состояние выключенного сознания, при котором больного удается «растормозить» и он приходит на некоторое время в сознание. При отсутствии сильных стимулов извне больной снова погружается в спячку.

- 1) сопорозное состояние
- 2) оглушенность
- 3) коматозное состояние
- 4) обнубиляция

26. К количественным нарушениям сознания, характеризующимся нарушениями процессов активации, приводящим к снижению уровня бодрствования со своеобразным «выключением» сознания, относятся все нижеперечисленные состояния, за исключением:

- 1) сопор
- 2) сомоленция
- 3) делирий
- 4) кома
- 5) аменция
- 6) оглушенность

27. Качественные нарушения сознания обусловлены расстройством сознания и его заполнением изнутри патологическим содержанием. К качественным нарушениям сознания относятся все перечисленные состояния, за исключением:

- 1) оглушенность
- 2) делирий
- 3) аменция
- 4) сопорозное состояние
- 5) онейроид
- 6) кома

28. Состояние помраченного сознания, характеризующееся преобладанием у больных наплывов ярких сценподобных истинных зрительных галлюцинаций.

- 1) аменция
- 2) онейроид
- 3) делирий
- 4) сумеречное расстройство сознания

29. Состояние, характеризующееся преобладанием у больных наплывов фантастических зрительных псевдогаллюцинаторных переживаний, напоминающих сновидения или грезы.

- 1) аменция
- 2) онейроид
- 3) делирий
- 4) сумеречное расстройство сознания

30. Состояние спутанности сознания в силу острой потери способности синтеза восприятий и образования причинно-следственных ассоциаций. Поведение определяется рассеянностью с эффектом недоумения, нарушены все виды ориентировки, а речь состоит из обрывков воспоминаний.

- 1) аменция
- 2) онейроид
- 3) делирий
- 4) сумеречное расстройство сознания

### Ответы

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
<b>1</b>	3	<b>9</b>	бодрствование	<b>17</b>	3	<b>25</b>	2
<b>2</b>	1	<b>10</b>	1	<b>18</b>	3	<b>26</b>	3,5
<b>3</b>	4	<b>11</b>	3	<b>19</b>	3,6	<b>27</b>	1,4,6
<b>4</b>	3	<b>12</b>	4	<b>20</b>	3	<b>28</b>	3
<b>5</b>	2	<b>13</b>	2	<b>21</b>	3	<b>29</b>	2
<b>6</b>	3	<b>14</b>	4	<b>22</b>	3	<b>30</b>	1
<b>7</b>	2,4	<b>15</b>	3	<b>23</b>	3		
<b>8</b>	1,2,3,4	<b>16</b>	4	<b>24</b>	1		

## Тема занятия №8. Внутренняя картина болезни (В.К.Б.). Методика Тобол

---

**Место проведения:** учебная аудитория.

**Продолжительность:** 2 часа

**Цель:** Изучить типологию отношения к болезни. Разобрать уровни ВКБ.

**Студент должен знать:**

1. Уровни внутренней картины заболевания.
2. Масштаб переживания болезни.
3. Типы реакции на болезнь.
4. Типы отношения к болезни (Личко Е.А., Иванов Н.Я.)
5. Психосоциальные реакции на болезнь.
6. Переживание болезни во времени.
7. Возрастные особенности внутренней картины болезни.

**Студент должен уметь:**

1. Во время беседы с больным на практических занятиях определить тип отношения его к заболеванию.
2. Выявлять тип отношения больного к болезни при помощи методики ТОБОЛ.

**Темы проектов, рефератов:**

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

1. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.: илл.
2. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002.
3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕД-пресс, 1998.
4. Абрамова Г.С. Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. – М.: Кафедра-М, 1998.

**Дополнительная литература:**

1. Анастаси А. Психологическое тестирование: Пер. с англ. – М., 1982.
2. Шапарь В.Б. Рабочая книга практического психолога / Виктор Шапарь, Александр Тимченко, Валерий Швыдченко. – М.: АСТ., Харьков: Торсинг, 2005.
3. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.: ил.

**Исходный контроль уровня знаний:**

1. Дайте определение «здоровья»?
2. Какое влияние оказывает соматическое состояние на психику человека?
3. Какие типы реагирования больного на заболевание вы знаете?
4. Как сказываются длительные по времени или хронические заболевания на психическом состоянии больного?
5. Как вы считаете, влияет ли возраст больного на его отношение к заболеванию?

**Основные вопросы темы:**

1. Внутренняя картина болезни
2. Влияние болезни на психику человека.
3. Типы реакции на болезнь (Якубова Б.А., Личко А.Е.)

4. Амбивалентность отношения больного к болезни.
5. Переживание болезни во времени.
6. Возрастные особенности внутренней картины болезни.

#### **Итоговый контроль уровня знаний:**

1. Какие существуют виды патогенного влияния на психику человека соматической болезни? Чем различаются понятия «соматогения» и «психогения»?
2. Как меняется степень осознанности больным своей болезни при некоторых очаговых поражениях мозга?
3. Как классифицируют типы личностной реакции на болезнь? Что собой представляет понятие «амбивалентность отношения к болезни» больного?
4. Какие фазы в переживаниях и отношении человека к своей болезни можно выделить в динамике при хронических заболеваниях?
5. Каковы особенности внутренней картины болезни у детей и в старческом возрасте?

## **Содержательная часть**

### **Внутренняя картина болезни**

Влияние соматического состояния на психику человека может быть как патогенным, так и саногенным (оздоравливающим). Что касается последнего аспекта, то врачам хорошо известно, как с каждым днем при выздоровлении от тяжелого соматического недуга происходит и улучшение (санация) психического состояния больного: улучшается настроение, появляется бодрость и оптимизм. Вероятно, не случайно широко распространено известное выражение: «В здоровом теле – здоровый дух». Физически здоровые люди всегда легче переносят жизненные неурядицы, чем больные. По-видимому, в ряде случаев даже можно говорить о «внутренней картине здоровья» и ее влиянии на психическую сферу человека (Николаева В.В., 1987).

Широкое признание получило позитивное определение здоровья, данное ВОЗ: «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Устав ВОЗ, 1946). Таким образом, здоровье складывается из трех компонентов: физического, психического и социального. И в настоящее время здоровье трактуется как способность к адаптации, способность сопротивляться и приспосабливаться, способность к самосохранению и саморазвитию, ко все более содержательной жизни во все более разнообразной среде обитания (Лишук В. А., 1994). Благодаря позитивному определению здоровья в медицине, наряду с патоцентрическим подходом (борьба с болезнями), утверждается и саноцентрический подход (направленность на здоровье и его обеспечение).

Считается, что определить степень физического здоровья человека достаточно просто – здоровый человек удовлетворен функционированием своего организма. Эту степень здоровья достоверно устанавливает медицина, используя соответствующие методики осмотра, лабораторные исследования. Сложнее оценить психическое состояние человека, найти критерии психического и социального благополучия человека. В частности, одним из центральных в психологии здоровья является понятие о норме психического развития, которое позволяет говорить о соответствии биологического и психологического возрастов человека. Думается, что психолог и врач, которые работают с показателями здоровья человека, должны исходить из того, что у любого человека на уровне житейской психологии присутствуют свои представления о нормальности человека в любой конкретный период его жизни. В этом смысле бытовое представление человека о возрасте, о возможностях возраста – чувствования, действия, самоотношения – является тем конкретным материалом, который определяет содержание внутренней картины здоровья

Как человек относится к своему здоровью, т.е. без понимания его внутренней картины здоровья, невозможно понять внутреннюю картину болезни, которая, как полагают, является лишь частным случаем первой. Переживание чувства здоровья связано не только с отсутствием болезни и инвалидности, но и с наличием полноценного физического, психического и нравственного состояния, которое позволяет оптимально, без всяких ограничений осуществлять общественную и прежде всего трудовую деятельность. Внутренняя картина здоровья – составная часть самосознания, представление о своем физическом состоянии, сопровождающееся своеобразным эмоциональным, чувственным фоном.

При оценке психологии здоровья важно различать понятия "состояние здоровья" и «самочувствие». *Состояние здоровья* – истинное положение дел в организме по данным врачебного осмотра. *Самочувствие* же субъективно и не всегда точно отражает объективное состояние здоровья. Неполнота и искажения внутренней картины болезни возможны у маленьких детей, а также в силу своеобразия структуры личности – нестабильности самооценки, «Я-образа» в целом и физического «Я», зависимости собственной самооценки от оценок других людей.

Рядом отечественных авторов представлены показатели психического здоровья, причем по этому параметру (с учетом жалоб на здоровье самого человека) выделяются четыре группы людей:

1-я группа – совершенно здоровые, жалоб нет;

2-я группа – легкие функциональные нарушения, эпизодические жалобы астено-невротического характера, связанные с конкретными психотравмирующими событиями, напряжение адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов;

3-я группа – лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации, стойкие астено-невротические жалобы вне рамок трудных ситуаций, перенапряжение механизмов адаптации (в анамнезе у таких лиц неблагополучие беременности, родов, диатезы, травмы головы и хронические инфекции);

4-я группа – клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации, недостаточность или поломка адаптационных механизмов.

*Критерии психического здоровья* основываются на понятиях «адаптация», «социализация» и «индивидуализация».

Понятие «адаптация» включает способность человека осознанно относиться к функциям своего организма (пищеварения, выделения и др.), а также его способность регулировать свои психические процессы (управлять своими мыслями, чувствами, желаниями). Пределы индивидуальной адаптации существуют, но адаптированный человек может жить в привычных для него геосоциальных условиях.

*Социализация* определяется по трем критериям, связанным со здоровьем человека.

- Первый критерий связан со способностью человека реагировать на другого человека как на равного себе («другой такой же живой, как и Я»).

- Второй критерий определен как реакция на факт существования определенных норм в отношениях с другими и как стремление следовать им.

- Третий критерий – как человек переживает свою относительную зависимость от других людей.

Существует для каждого человека необходимая мера одиночества, и если человек эту меру переступает, то он чувствует себя плохо. Мера одиночества – это своеобразная соотнесенность необходимости в независимости, уединенности от других и своего места среди своего окружения.

*Индивидуализация*, по К.Г. Юнгу, позволяет описывать становление отношения человека к самому себе. Человек сам создает в психической жизни свои качества, он осознает свою собственную неповторимость как ценность и не позволяет разрушать

ее другим людям. Способность признавать и сохранять индивидуальность в себе и других – один из важнейших параметров психического здоровья.

Возможности адаптации, социализации и индивидуализации имеются у каждого человека, степень их реализации зависит от социальной ситуации его развития, идеалов нормативного человека данного общества в данный конкретный момент. Однако можно заметить и недостаточность этих критериев для полного описания внутренней картины здоровья. Она в частности связана еще и с тем, что любой человек потенциально имеет возможность посмотреть на свою жизнь со стороны и оценить ее (рефлексия).

Существенной особенностью рефлексивных переживаний является то, что они возникают помимо воли и индивидуальных усилий. Они являются предпосылками духовной жизни человека, в которой, в отличие от психической жизни, результатом является переживание жизни как ценности. Духовное здоровье человека, как подчеркивают многие психологи (Маслоу А., Роджерс К. и др), проявляется прежде всего в связи человека со всем миром. Это может проявляться разнообразно – в религиозности, в чувствах красоты и гармонии, восхищения перед самой жизнью, радости от жизни. Переживания, в которых осуществляется связь с другими людьми, соответствие конкретному идеалу человека и составляют содержание внутренней картины здоровья как трансцендентального целостного представления о жизни.

### **Влияние болезни на психику человека**

Наибольшее значение для практической деятельности врача представляет *патогенное влияние* соматического состояния на психику, под которым подразумевается не что иное, как нарушение психической деятельности человека в условиях соматической болезни.

На сегодняшний день является достаточно установленным, что имеются два основных вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: *соматогенный и психогенный*. Реально оба вида влияний представлены в единстве нарушений психики, однако соматогенный и психогенный компоненты могут выступать в различных соотношениях в зависимости от заболевания.

***Соматогенное влияние болезни на психику.*** Связано с непосредственным воздействием на центральную нервную систему соматических вредностей (нарушение гемодинамики или интоксикация) и самих интенсивных болевых ощущений. Особенно большую роль соматогенные влияния на психику играют при врожденных пороках сердца и заболеваниях почек. Мучительная боль бывает при метастазах злокачественных опухолей в позвоночнике. Интенсивная боль, накапливающиеся в крови вредные вещества или кислородная недостаточность, непосредственно воздействуя на головной мозг, вызывают нарушения в нервно-психической сфере. Весь

комплекс нарушений в нервно-психической сфере при этом часто именуют термином «**соматогения**». По своей структуре соматогении характеризуются полиморфизмом проявлений – от невротоподобных нарушений до психотических (с бредом, галлюцинациями) расстройств.

***Психогенное влияние болезни на психику.*** Следует признать, что интоксикационные воздействия на центральную нервную систему наблюдаются лишь при некоторых соматических заболеваниях, тяжелом их течении и специфическими для клиники внутренних болезней не являются. Основной же формой влияния соматического заболевания на психику человека является психологическая реакция личности на *сам факт заболевания и его последствия*, имеющиеся при болезни астению, болезненные ощущения и нарушения общего самочувствия.

Субъективно-психологическую сторону любого заболевания чаще всего обозначают понятием «*внутренняя (или аутопластическая) картина болезни*». Последняя ха-

рактируется формированием у больного определенного рода чувствований, представлений и знаний о своем заболевании.

В отечественной литературе проблема целостного рассмотрения личности и болезни поднималась в трудах таких врачей-интернистов, как М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, Н.И. Пирогов и другие. В последующем этот клинико-личностный подход развивался на основе положений нервизма (Сеченов И.М., Павлов И.П.) и кортико-висцеральной теории (Быков К.М., Курцин И.Т.).

Соматопсихическое направление как таковое, в центре внимания которого находится вопрос влияния соматической болезни на личность, в отечественной медицине было заложено в трудах психиатров С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, Е.К. Краснушкина, В.М. Бехтерева.

Болезнь как патологический процесс в организме двояким образом участвует в построении внутренней картины болезни:

1. Телесные ощущения местного и общего характера приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания. Степень участия биологического фактора в становлении внутренней картины болезни определяется тяжестью клинических проявлений, астенией и болевыми ощущениями.

2. Болезнь создает трудную для больного жизненно-психологическую ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество разнородных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе.

Эти и некоторые другие моменты налагают отпечаток на собственную оценку болезни и формируют окончательное отношение к своему заболеванию.

В механизмах взаимоотношений психики и сомы большую роль играют так называемые механизмы «замкнутого круга». Нарушения, первоначально возникающие в соматической (равно и в психической) сфере, вызывают реакции в психике (семе), а последние являются причиной дальнейших соматических (психических) нарушений. Так по «замкнутому кругу» разворачивается целостная картина болезни. Особенно велика роль «замкнутого круга» в патогенезе психосоматических болезней и маскированной депрессии.

В научной литературе для описания субъективной стороны заболевания используется большое количество терминов, которые были введены различными авторами, но часто употребляются весьма сходным образом.

**Аутопластическая картина болезни** (Гольдшейдер А., 1929) – создается самим больным на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием («сенситивный» уровень болезни базируется на ощущениях, а «интеллектуальный» уровень болезни является результатом размышлений больного о своем физическом состоянии).

**Внутренняя картина болезни** – в понимании известного терапевта Лурия Р.А. (1944-1977) не соответствует обычному пониманию субъективных жалоб больного; структура ее в отношении как сенситивной, так и интеллектуальной части аутопластической картины болезни, по Гольдштейну, находятся в очень большой зависимости от личности больного, его общего культурного уровня, социальной среды и воспитания.

**Переживание болезни** (Шевалев Е.А., Ковалев В.В., 1972) – общий чувственный и эмоциональный тон, на котором проявляются ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические образования, связанные с болезнью. «Переживание болезни» тесно связано с понятием «сознание болезни», хотя и не идентично ему.

**Отношение к болезни** (Рохлин Л.Л., 1957, Скворцов К.А., 1958) – вытекает из понятия «сознание болезни», что и формирует соответствующее реагирование на болезнь. Отношение к болезни складывается из восприятия больным своей болезни, ее оценки, связанных с ней переживаний и вытекающих из такого отношения намерений и действий.

## Внутренняя картина болезни

Углубление знаний о психологической стороне заболеваний в отечественной теории и практике медицины привело к появлению к настоящему времени множества различных концептуальных схем, раскрывающих структуру внутреннего мира больного человека. Многообразие терминов, в которых описывается субъективная сторона болезни, характерно и для зарубежных исследователей. Однако в большинстве современных психологических исследований внутренней картины заболевания при различных нозологических формах болезней в ее структуре выделяется несколько взаимосвязанных сторон (уровней):

1) **болевая сторона болезни** (уровень ощущений, чувственный уровень) – локализация болей и других неприятных ощущений, их интенсивность и т.п.;

2) **эмоциональная сторона болезни** связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;

3) **интеллектуальная сторона болезни** (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях;

4) **волевая сторона болезни** (мотивационный уровень) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

На основании этих сторон у больного создается модель заболевания, т.е. представление о ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которая определяет *«масштаб переживаний»* и поведение в целом.

Между истинным положением дел со здоровьем и «моделью болезни» больного часто нет знака равенства. Значение болезни в восприятии больного может как преувеличиваться, так и приуменьшаться.

При адекватном типе реагирования (*нормонозогнозия*) больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача.

При *гипернозогнозии* больные склонны переоценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом, а при *гипонозогнозии* – склонны их недооценивать.

При *диснозогнозии* у больных наблюдаются искажение восприятия и отрицание наличия болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или из-за страха ее последствий. *Анизогнозия* – полное отрицание болезни как таковой, типична для больных с алкоголизмом и онкологическими заболеваниями.

Внутренняя картина болезни, характеризуя целостное отношение к заболеванию, тесно связана с *осознанием больным своей болезни*. Степень осознанности своего заболевания во многом зависит от образованности и общего культурного уровня пациента, хотя полного соответствия здесь часто не наблюдается (как, например, при анизогнозиях). Даже при психических заболеваниях больной не может не давать естественных, психологически понятных и характерных для его личности реакций на свое заболевание. Причем при этом у некоторых больных имеется иногда смутное и неотчетливое осознание своей болезни, но бывает и так, что отчетливое осознание болезни может сочетаться с безразличным, тупым отношением к ней.

Степень осознанности своей болезни больным может нарушаться при некоторых очаговых поражениях мозга. Например, поражениям задних отделов левого полушария чаще сопутствует адекватная внутренняя картина болезни, в то время как при поражении задних отделов правого полушария наблюдалось сочетание адекватного когнитивного уровня осознания внутренней картины болезни с неадекватным эмоциональным представлением больных о своих перспективах, расхождение между планами на будущее и реальными возможностями. Неадекватная внутренняя картина болезни (неполное представление о своем состоянии) в сочетании с недостаточным ее эмоциональным переживанием характерна для лиц с поражением левой лобной области, а поражение правой

лобной доли мозга также сопровождается расхождением между когнитивными и эмоциональными планами внутренней картины болезни (Виноградова Т.В., 1979).

Задача врача – коррекция модели болезни, коррекция "масштаба переживаний". Однако при коррекции внутренней картины болезни следует учитывать множество факторов. Например, если для успешного лечения алкоголизма анизогнозию требуется ликвидировать, то надо ли устранять таковую при онкологических заболеваниях, однозначного ответа нет.

## Типы реакции на болезнь

Можно выделить три главных типа реакции больного на свое заболевание: *стеническая, астеническая и рациональная.*

При активной жизненной позиции больного к лечению и обследованию говорят о **стенической реакции** на болезнь. Есть, однако, и негативная сторона этого типа поведения, так как больной может быть слабо способным к выполнению необходимых ограничений стереотипа жизни, накладываемых заболеванием.

При **астенической реакции** на заболевание у больных имеется склонность к пессимизму и мнительности, но они относительно легче, чем больные со стенической реакцией, психологически приспособляются к заболеванию.

При **рациональном типе реакции** имеет место реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации.

Ряд авторов (Рейнвальд Н.И., 1969; Степанов А.Д., 1975; Лежепекова Л.Н., Якубов П.Я., 1977) описывает типы отношения к болезни, имея в виду характер взаимодействия, складывающийся при этом между врачом и пациентом.

### *Типы личностной реакции на заболевание (Якубов Б.А., 1982)*

**Содружественная реакция.** Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они как бы с первых же дней заболевания становятся "ассистентами" врача, демонстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелательность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь.

**Спокойная реакция.** Такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они не просто спокойны, а даже представляются «солидными» и «степенными», легко вступают в контакт с медицинским персоналом. Могут иногда не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики на болезнь.

**Неосознаваемая реакция.** Такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не всегда следует устранять, особенно при тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом.

**Следовая реакция.** Несмотря на то, что заболевание заканчивается благополучно, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива заболевания. После болезни астенизированы, угнетены, даже депрессивны, склонны к ипохондрическим реакциям, продолжают посещать лечебное учреждение и считают, что стали хроническими, неизлечимыми больными.

**Негативная реакция.** Больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности. Они подозрительны, недоверчивы, с трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезного значения его указаниям и советам. У них часто возникает конфликт с медицинским персоналом. Несмотря на психическое здоровье, они демонстрируют подчас так называемую «двойную ориентировку».

**Паническая реакция.** Больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы

проверяя одного врача другим врачом. Часто лечатся у знахарей. Их действия неадекватны, ошибочны, характерна аффективная неустойчивость.

**Разрушительная реакция.** Больные ведут себя неадекватно, неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. Это сопровождается отказом от приема лекарств, от стационарного лечения. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятными.

В типологии реагирования на болезнь Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова (1976) в качестве критерия, взятого за основу классификации типов, выделяется система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая или связанная с интимной жизнью. Другие авторы полагают, что реакция на болезнь в значительной степени обуславливается прогнозом заболевания.

В любом случае, в целях преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни личностью вырабатывается комплекс адаптационных (приспособительных) приемов. Е.А. Шевалев (1936) и О.В. Кербиков (1971) определяют их как реакции адаптации, которые могут быть как компенсаторного (искусственное ограничение контактов, подсознательная маскировка симптомов, сознательное изменение режима дня, характера работы и т.п.), так и псевдокомпенсаторного характера (отрицание и игнорирование болезни).

Другими словами, заболевший на основе своей концепции болезни определенным образом изменяет привычный образ жизни, свою трудовую деятельность и в этом отношении самые разные соматические заболевания могут создать однотипные жизненные обстоятельства для человека.

Р. Баркер (Barker R., 1946) выделяет 5 типов отношения к болезни: избегание дискомфорта с аутизацией (характерен для пациентов с невысоким интеллектом); замещение с нахождением новых средств достижения жизненных целей (лица с высоким интеллектом); игнорирующее поведение с вытеснением признания дефекта (у лиц со средним интеллектом, но высоким образовательным уровнем); компенсаторное поведение (тенденции агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих и др.); невротические реакции.

В содержании внутренней картины болезни отражается не только наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но и *преморбидные* (добользненные) особенности личности больного, его характер и темперамент. Преморбидные особенности личности во многом могут объяснять предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на заболевание.

Патологические формы реагирования на болезнь (переживание болезни) описываются исследователями в психиатрических терминах и понятиях: депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический, эйфорически-анизогностический и другие варианты (Шевалев Е.А., 1936; Рохлин Л.Л., 1971; Ковалев В.В., 1972; Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980 и др.). В этом аспекте довольно широкую популярность приобрела классификация типов отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Л.И. Ивановым (1980). Типы отношения к болезни данной классификации могут идентифицироваться и с помощью специальной психологической методики (опросник), предложенной авторами.

#### **Тип отношения к болезни (Личко А.Е.)**

**1. Гармоничный (Г)** (реалистичный, взвешенный). Оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Стремление облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких.

**2. Эргопатический (Р)** (стенический). «Уход от болезни в работу». Характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеническое отношение к работе, которое в ряде

случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

**3. Анозогностический (З)** (эйфорический). Активнее отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само все обойдется». При эйфорическом варианте этого типа – необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни.

**4. Тревожный (Т)** (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический). Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов», частая смена лечащего врача. В отличие от ипохондрического типа отношения к болезни, в большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям. Поэтому – предпочтение слушать о проявлениях заболевания у других, а не предъявлять без конца свои жалобы. Настроение тревожное. Как следствие тревоги – угнетенность настроения и психической активности.

При обсессивно-фобическом варианте этого типа – тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни; работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

**5. Ипохондрический (И).** Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.

**6. Неврастенический (Н).** Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманно словам, просьбы о прощении.

**7. Меланхолический (М)** (витально-тоскливый). Сверхдурочность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

**8. Апатический (А).** Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом по-

буждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало. Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.

**9. Сенситивный (С).** Чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

**10. Эгоцентрический (Э) (истероидный).** «Принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью. Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы о себе в ущерб другим делам и заботам, полное невнимание к близким. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются как «конкуренты», отношение к ним – неприязненное. Постоянное желание показать другим свою исключительность в отношении болезни, непохожесть на других. Эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость.

**11. Паранойяльный (П).** Уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

**12. Дисфорический (Д) (агрессивный).** Доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид. Зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких. Вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Агрессивное, подчас деспотическое отношение к близким, требование во всем угождать.

### **Амбивалентность отношения больного к болезни**

Следует учитывать двойственное (амбивалентное) отношение больного к своему заболеванию. Традиционное понимание болезни связывают с негативной ее стороной. Однако наблюдения психологов показывают, что есть и позитивная сторона заболевания. Задача врача – *искать положительную сторону болезни* и показать ее больному. Это часто помогает наладить нужный психотерапевтический контакт и ободряет больного.

«Преимущества» болезни ясны в местах заключения. Но и в повседневной жизни болезнь может «снять» с больного необходимость принимать какие-либо решения по службе или в быту, освободиться от тех или иных трудностей, давать определенные преимущества (психологические, социальные) перед другими людьми, может служить компенсацией чувства неполноценности.

Существуют классификации типов реакции на болезнь, которые учитывают *социальные последствия заболевания*. По мнению Z.J. Lipowski (1983), психосоциальные реакции на болезнь складываются из реакций на информацию о заболевании, эмоциональных реакций (типа тревоги, горя, депрессии, стыда, чувства вины) и реакций преодоления болезни.

Реакции на информацию о заболевании зависят от "значения болезни" для больного:

1) *болезнь – угроза или вызов*, а тип реакций – противодействие, тревога, уход или борьба (иногда паранойяльная);

2) *болезнь – утрата*, а соответствующие типы реакций – депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушения режима;

3) *болезнь – выигрыш или избавление*, а типы реакций при этом – безразличие, жизнерадостность, нарушения режима, враждебность по отношению к врачу;

4) *болезнь – наказание* и при этом возникают реакции типа угнетенности, стыда, гнева.

Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них компонентов: когнитивного (приуменьшение личностной значимости болезни либо пристальное внимание ко всем ее проявлениям) или поведенческого (активное сопротивление либо капитуляция и попытки «ухода» от болезни).

### **Переживание болезни во времени**

В переживаниях и отношении человека к своей болезни в динамике можно наблюдать следующие этапы:

1. Предмедицинская фаза – длится до начала общения с врачом, появляются первые признаки болезни и заболевший стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью.

2. Фаза ломки жизненного стереотипа–переход в такую стадию болезни, когда больной становится изолированным от работы, а часто и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания и он полон сомнений и тревог.

3. Фаза адаптации к болезни, когда снижается чувство напряженности и безысходности, т.к. острые симптомы болезни постепенно уменьшаются, больной уже приспособился к факту заболевания.

4. Фаза «капитуляции» – больной примиряется с судьбой, не предпринимает активных усилий к поиску «новых» методов лечения и понимает ограниченность возможностей медицины в его полном излечении. Он становится равнодушным или негативно угрюмым.

5. Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни, установки на получение каких-либо материальных или иных выгод от болезни (рентные установки).

### **Возрастные особенности внутренней картины болезни**

Наибольшие расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными проявлениями выражены в молодом и старческом возрасте (Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980).

При оценке субъективной стороны заболеваний у детей всегда следует учитывать возраст ребенка, соответствие степени его психической развитости паспортному возрасту. Длительное соматическое заболевание у детей нередко становится источником задержки общего физического и психического развития. Кроме того, при заболеваниях в детском возрасте часто происходит не только задержка в развитии, но и явления регрессии (возврат к типам психического реагирования, характерного для более младших возрастных периодов), которая рассматривается как защитный психологический механизм. Защитная активность личности детей способствует тому, что объективное значение понятия «болезнь» часто не усваивается ими, не происходит осознания ее тяжести и последствий для дальнейшей жизни.

У детей до 6-летнего возраста часто можно встретиться с фантастическими представлениями о болезни, навеянными переживаниями страха уколов, других медицинских манипуляций. У подростков наиболее часто формируются защитные явления типа «ухода в прошлое», которое оценивается ими как эталон счастья, или «ухода» от болез-

ни в фантазии и своеобразной устремленности в будущее (тогда болезнь воспринимается как временная преграда).

Для относительно внезапного серьезного заболевания, которое не сопровождается многолетней астенией, справедливо мнение Л.С. Выготского (1983) о том, что любой дефект есть всегда источник силы. Одновременно с дефектом даны «психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта; ...именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила». Ориентация на компенсаторные возможности, на тенденции к сверхкомпенсации очень важна при реабилитационно-восстановительной работе с детьми, страдающими хроническими тяжелыми заболеваниями.

Заболевания в пожилом возрасте переносятся физически тяжелее и на длительное время ухудшают общее самочувствие больных. С возрастом к человеку приходит целая гамма возрастных психологических феноменов: здесь и возмущение против старости, и существенная трансформация личностных реакций и жизненного стереотипа. Появляется неуверенность, пессимизм, обидчивость, страх перед одиночеством, беспомощностью, материальными затруднениями. Заметно снижается интерес к новому и вообще к внешнему миру с фиксацией на переживаниях прошлого и их переоценке. По мере старения снижается психическая реактивность человека. Однако и здесь нельзя однозначно говорить только о регрессе личности в пожилом возрасте, так как многие люди до глубокой старости сохраняют свои позитивные качества и творческие возможности.

Врачу следует помнить, что в старческом возрасте гораздо более интенсивно выражены соматогенные влияния физического заболевания на психику. Иногда первым признаком соматического заболевания или утяжеления его течения являются признаки ухудшения психического состояния пожилого человека. Особенно частым признаком ухудшившегося соматического состояния у лиц старческого возраста являются *ночные делирии* – беспокойство и галлюцинирование по ночам.

## Практическая часть

### Методика: ТОБОЛ

**Цель методики:** психологическая диагностика типов отношения к болезни. Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

### Правила работы испытуемого с опросником

Испытуемому предлагается в каждой таблице-наборе выбрать 2 наиболее подходящих для него утверждения и обвести кружком номера сделанных выборов в регистрационном листе. Если больной не может выбрать два утверждения по какой-либо теме, то он должен отметить последнее утверждение в соответствующей таблице-наборе. Время заполнения регистрационного листа не ограничено. Исследование можно проводить одновременно с небольшой группой испытуемых при условии, что они не будут совещаться друг с другом.

Кроме того, в регистрационный лист заносятся данные о больном в соответствии с практическими и исследовательскими задачами, стоящими перед врачом и клиническим психологом, например: развернутый клинический диагноз и ведущий синдром, длительность заболевания, инвалидность, прогноз заболевания, изменение социального и семейного статуса в связи с заболеванием и др.

## Текст опросника ТОБОЛ

### 1. Самочувствие

С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	1
Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	2
Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	3
Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	4
У меня почти всегда что-нибудь болит	5
Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений	6
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	7
Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	8
Мое самочувствие вполне удовлетворительно	9
С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	10
Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

### 2. Настроение

Как правило, настроение у меня очень хорошее	1
Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	2
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей беспокойства за близких, неуверенности в будущем	3
Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	4
Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	5
Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	6
У меня стало совершенно безразличное настроение	7
У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	8
У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев	9
Малейшие неприятности сильно огорчают меня	10
Из-за болезни у меня все время тревожное настроение	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

### 3. Сон и пробуждение ото сна

Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	1
Утро для меня – самое тяжелое время суток	2
Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	3
Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	4
Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко	5
С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	6
У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения	7
Утром я встаю бодрым и энергичным	8
Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	9
По ночам у меня бывают приступы страха	10
С утра я чувствую полное безразличие ко всему	11
По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	12
Во сне мне видятся всякие болезни	13
Ни одно из определений мне не подходит	14

### 4. Аппетит и отношение к еде

Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	1
У меня хороший аппетит	2

У меня плохой аппетит	3
Я люблю сытно поесть	4
Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	5
Мне легко можно испортить аппетит	6
Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность	7
Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье	8
Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	9
Еда не доставляет мне никакого удовольствия	10
Ни одно из определений мне не подходит	11

### **5. Отношение к болезни**

Моя болезнь меня пугает	1
Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	2
Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	3
Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	4
Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	5
Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	6
Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей	7
Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	8
Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше	9
Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	10
Я здоров, и болезни меня не беспокоят	11
Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания	12
Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым	13
Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда	14
Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	15
Ни одно из определений мне не подходит	16

### **6. Отношение к лечению**

Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	1
Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	2
Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни	3
Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	4
Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь	5
Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию	6
Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	7
Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	8
Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	9
Считаю, что меня лечат неправильно	10
Я ни в каком лечении не нуждаюсь	11
Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое	12
Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	13
Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения	14
Ни одно из определений мне не подходит	15

## **7. Отношение к врачам и медперсоналу**

Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	1
Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность	2
Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей	3
Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	4
Мне все равно, кто и как меня лечит	5
Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения	6
Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь	7
Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	8
С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	9
Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности	10
Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом	11
Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	12
Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время	13
Ни одно из определений мне не подходит	14

## **8. Отношение к родным и близким**

Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня	1
Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения	2
Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного	3
Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	4
Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	5
Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	6
Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	7
Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	8
Из-за болезни я стал в тягость близким	9
Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь	10
Я считаю, что заболел из-за моих родных	11
Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни	12
Ни одно из определений мне не подходит	13

## **9. Отношение к работе (учебе)**

Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)	1
Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	2
Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной.	3
Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)	4
Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)	5
Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью	6

На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне	7
Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	8
Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни	9
Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	10
Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)	11
На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	12
Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	13
Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	14
Ни одно из определений мне не подходит	15

#### **10. Отношение к окружающим**

Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня	1
Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое	2
Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	3
Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	4
Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	5
Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть	6
Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни	7
Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	8
Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих	9
С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	10
Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу	11
Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня	12
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	13
Ни одно из определений мне не подходит	14

#### **11. Отношение к одиночеству**

Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	1
Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	2
В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу	3
В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	4
Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать	5
Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скукаю по людям	6
Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	7
Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	8
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	9
Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	10
Ни одно из определений мне не подходит	11

#### **12. Отношение к будущему**

Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	1
Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее	2
Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	3
Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	4
Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	5

Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)	6
Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем	7
Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее	8
Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел	9
Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей	10
Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

### Регистрационный лист к опроснику ТОБОЛ

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

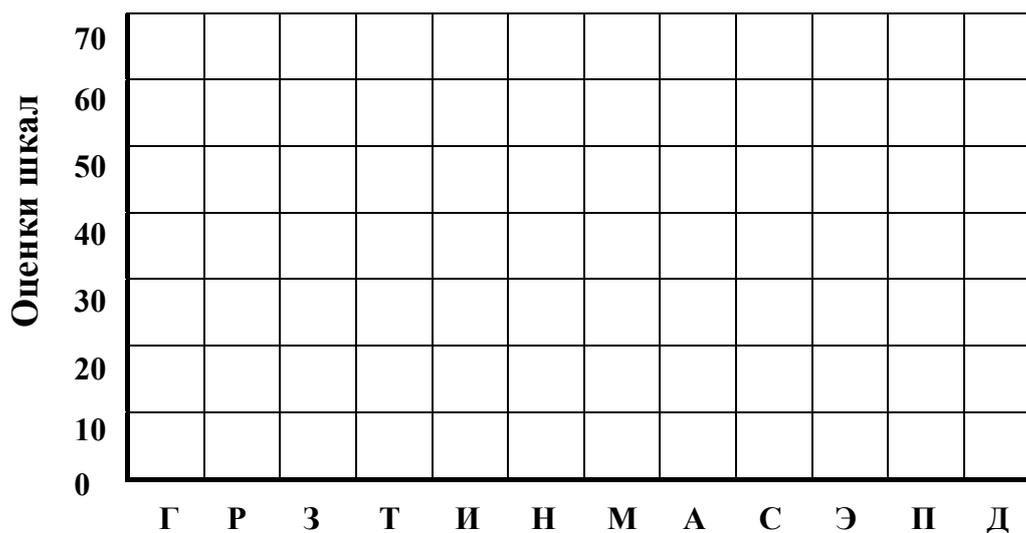
Возраст \_\_\_\_\_ Пол М ~~Ж~~  
(ненужное зачеркнуть)

В графе «Номера выбранных ответов» обведите кружком те номера утверждений из таблиц, которые наиболее для вас подходят. На каждую тему разрешается делать два выбора.

Темы	Номера выбранных утверждений
I Самочувствие	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
II Настроение	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
III Сон и пробуждение ото сна	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
IV Appetit и отношение к еде	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
V Отношение к болезни	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
VI Отношение к лечению	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
VII Отношение к врачам и медперсоналу	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
VIII Отношение к родным и близким	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
IX Отношение к работе (учебе)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
X Отношение к окружающим	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
XI Отношение к одиночеству	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
XII Отношение к будущему	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

## Результаты обследования

Шкалы Темы	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
I												
II												
III												
IV												
V												
VI												
VII												
VIII												
IX												
X												
XI												
XII												
Сумма												



Диагностируемый тип отношения к болезни: \_\_\_\_\_

## Тестовый контроль знаний

1. Восстановите последовательность  
Этапы переживания болезни человека во времени.
  - 1) предмедицинская фаза
  - 2) фаза ломки жизненного стереотипа
  - 3) фаза адаптации к болезни
  - 4) фаза «капитуляции»- примирения с болезнью
  - 5) фаза формирования компенсаторных механизмов
2. Определите тип реагирования: больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача
  - 1) нормозогнозия
  - 2) гипозогнозия
  - 3) анозогнозия
  - 4) гипернозогнозия
3. Больные, склонные переоценивать значимость отдельных симптомов болезни, этот тип реагирования на болезнь называется:
  - 1) нормозогнозия
  - 2) гипернозогнозия
  - 3) анозогнозия
  - 4) диснозогнозия
4. Тип реагирования на болезнь, при котором пациент недооценивает своего состояния и тяжести заболевания:
  - 1) нормозогнозия
  - 2) гипозогнозия
  - 3) анозогнозия
  - 4) гипернозогнозия
5. Полное отрицание болезни как таковой, активное отбрасывание мыслей о болезни, это
  - 1) нормозогнозия
  - 2) гипернозогнозия
  - 3) анозогнозия
  - 4) диснозогнозия
6. Какой тип реагирования свойствен при гипернозогнозическом типе реагирования на болезнь?
  - 1) паника
  - 2) адекватная реакция
  - 3) отрицание болезни
  - 4) искажение восприятия с целью диссимуляции
7. Какой тип реагирования свойствен при гипозогнозическом типе реагирования на болезнь?
  - 1) паника
  - 2) адекватная реакция
  - 3) отрицание болезни
  - 4) искажение восприятия с целью диссимуляции
8. Какой тип реагирования свойствен при нормозогнозическом типе реагирования на болезнь?
  - 1) паника
  - 2) адекватная реакция
  - 3) отрицание болезни
  - 4) искажение восприятия с целью диссимуляции

9. Ситуация: больной на приеме у врача с трудом вступает в контакт, проявляя подозрительность и недоверие. Впоследствии не придает серьезного значения его указаниям и рекомендациям, осложняя взаимодействие, что может привести к конфликту с медицинским персоналом. Какой описывается тип личностной реакции пациента?

- 1) содружественная реакция
- 2) паническая реакция
- 3) негативная реакция
- 4) неосознаваемая реакция

10. Ситуация: после полученной травмы спортсмен вновь возвращается к усиленным тренировкам, игнорируя указания врача на время реабилитации снизить интенсивность профессиональных нагрузок. Какой тип личностной реакции описывается у пациента?

- 1) спокойная реакция
- 2) разрушительная реакция
- 3) неосознаваемая реакция
- 4) следовая реакция

11. Ситуация: пациентка одновременно лечится в разных лечебных учреждениях, после просмотра телепередачи о своей болезни находится во власти страха, по совету соседки обращается к знахарке. Какой тип личностной реакции описывается у пациента?

- 1) содружественная реакция
- 2) паническая реакция
- 3) негативная реакция
- 4) неосознаваемая реакция

12. Ситуация: пациент всегда вовремя приходит на консультацию к врачу, со вниманием и послушанием относится ко всем рекомендациям и назначениям. Он безгранично доверяет своему лечащему врачу и признателен ему за помощь. Какой тип личностной реакции описывается у пациента?

- 1) содружественная реакция
- 2) спокойная реакция
- 3) негативная реакция
- 4) неосознаваемая реакция

13. Ситуация: пациент с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами относится к своему заболеванию очень спокойно, хотя точно выполняет лечебно-оздоровительные мероприятия и всегда вовремя приходит на консультации к врачу. Зачастую такой пациент не осознает свою болезнь. Какой тип личностной реакции описывается у пациента?

- 1) содружественная реакция
- 2) спокойная реакция
- 3) негативная реакция
- 4) неосознаваемая реакция

14. Ситуация: пациент благополучно прошел курс лечения, однако он постоянно находится во власти болезненных сомнений в ожидании рецидива заболевания. Какой тип личностной реакции описывается у пациента?

- 1) спокойная реакция
- 2) разрушительная реакция
- 3) неосознаваемая реакция
- 4) следовая реакция

15. Тип отношения к болезни (по Личко). Правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

- 1) дисфорический
- 2) паранойяльный

3) гармонический

4) эргопатический

16. Тип отношения к болезни (по Личко). Доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованиями от близких угождения во всем.

1) апатический

2) дисфорический

3) анизогностический

4) тревожный

17. Тип отношения к болезни (по Личко). «Уход» от болезни в работу, желание сохранить работоспособность.

1) эргопатический

2) апатический

3) ипохондрический

4) меланхолический

18. Тип отношения к болезни (по Личко). Уверенность. Что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, а осложнения в лечении результатом халатности медицинского персонала.

1) дисфорический

2) паранойяльный

3) гармонический

4) эргопатический

19. Тип отношения к болезни (по Личко). Активное отбрасывание мысли о болезни, игнорирование всех симптомов.

1) апатический

2) дисфорический

3) анизогностический

4) тревожный

20. Тип отношения к болезни (по Личко). «Уход в болезнь» с выставлением на показ своих страданий, требование к себе постоянного внимания и особого отношения.

1) апатический

2) гармонический

3) паранойяльный

4) эгоцентрический

21. Тип отношения к болезни (по Личко). Бесперывное беспокойство и мнительность, вера в примеры и ритуалы, поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни.

1) апатический

2) дисфорический

3) анизогностический

4) тревожный

22. Тип отношения к болезни (по Личко). Чувствительный к межличностным отношениям, очень раним и впечатлителен, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.

1) сенситивный

2) анизогностический

3) апатический

4) ипохондрический

23. Тип отношения к болезни (по Личко). Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Стремление постоянно рассказывать о своих переживаниях врачу и всем окружающим.

- 1) эргопатический
- 2) апатический
- 3) ипохондрический
- 4) меланхолический

24. Тип отношения к болезни (по Личко). Полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению, утрата интереса к жизни.

- 1) апатический
- 2) гармонический
- 3) паранойяльный
- 4) эгоцентрический

25. Тип отношения к болезни (по Личко). Поведение по типу «раздражительной слабости». Нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем – слезы и раскаяние.

- 1) дисфорический
- 2) неврастенический
- 3) гармонический
- 4) эргопатический

26. Тип отношения к болезни (по Личко). Неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (опасность суицида).

- 1) анизогностический
- 2) апатический
- 3) ипохондрический
- 4) меланхолический

### Ответы

Номер вопроса	Ответ						
<b>1</b>		<b>8</b>	2	<b>15</b>	3	<b>22</b>	1
<b>2</b>	1	<b>9</b>	3	<b>16</b>	2	<b>23</b>	3
<b>3</b>	2	<b>10</b>	2	<b>17</b>	1	<b>24</b>	1
<b>4</b>	2	<b>11</b>	2	<b>18</b>	2	<b>25</b>	2
<b>5</b>	3	<b>12</b>	1	<b>19</b>	3	<b>26</b>	4
<b>6</b>	1	<b>13</b>	2	<b>20</b>	4		
<b>7</b>	3	<b>14</b>	4	<b>21</b>	4		

## **Тема занятия №9. Психосоматика. Психосоматические расстройства (методика «Торонтская алекситимическая шкала»)**

---

**Место проведения:** учебная аудитория.

**Продолжительность:** 2 часа.

**Цели занятия:** изучить понятие психосоматики и психосоматических расстройств. Ознакомить с классификацией психосоматических расстройств. Разобрать основные аспекты психосоматического подхода в медицине.

**Студент должен знать:**

1. Понятие психосоматики и психосоматических расстройств, их классификацию.
2. Патогенез психосоматозов.
3. Теории и модели возникновения психосоматических заболеваний.
4. Понятие алекситимии и психосоматической семьи.
5. Психосоматический подход в медицине.
6. Психологические аспекты диагностики и принципы терапии психосоматических заболеваний.
7. Механизм развития основных органических психосоматических болезней (гипертоническая болезнь, ИБС, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз, сахарный диабет).

**Студент должен уметь:**

1. Дифференцировать соматические заболевания от психосоматических расстройств.
2. Пользоваться методикой «Торонтская алекситимическая шкала».

**Темы проектов, рефератов:**

1. Психосоматический подход в медицине.
2. Особенности личности и возникновение психосоматических расстройств.
3. Психосоматическая семья.
4. Психосоматические заболевания. Злокачественные новообразования.
5. Психосоматические заболевания. Нарушения дыхательной системы.
6. Психосоматические заболевания. Нарушения сердечно-сосудистой деятельности.
7. Психосоматические расстройства. Желудочно-кишечные заболевания.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

1. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.: илл.
2. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2002.
3. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. – М.: Эксмо, 2008.
4. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.:МЕД-пресс, 1998.

**Дополнительная литература:**

1. Абрамова Г.С. Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. – М.: Кафедра-М, 1998.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Изд-во МГУ, 1986.
3. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. – Л., 1966.
4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд-во МГУ, 1987.

### **Исходный контроль уровня знаний:**

1. Дайте определение понятию эмоции?
2. Назовите 10 фундаментальных эмоций по К. Изарду.
3. Какие основные свойства и функции эмоций вы знаете?
4. Назовите 5 основных групп эмоциональных переживаний.
5. Какие индивидуально-психологические особенности переживаний эмоций и чувств вы знаете?
6. Как влияют индивидуально-психологические особенности переживаний эмоций и чувств на возникновение психосоматических расстройств?
7. Что такое стресс и в чем его особенности?
8. Какие основные стадии протекания стресса вы знаете?
9. Каким образом переживание стрессовой ситуации может повлиять на возникновение психосоматических расстройств?

### **Основные вопросы темы:**

1. Определение и классификация психосоматических расстройств.
2. Теории и модели возникновения психосоматических заболеваний.
3. Психосоматический подход в медицине. Психологические аспекты диагностики и терапии психосоматических заболеваний.
4. Механизм развития основных органических психосоматических болезней (гипертоническая болезнь, ИБС, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз, сахарный диабет).

### **Итоговый контроль уровня знаний:**

1. Дайте определение психосоматическим расстройствам.
2. Назовите четыре группы расстройств, выделяемые в классической психосоматике.
3. В чём отличие психосоматического расстройства от соматического заболевания?
4. Чем определяется патогенез психосоматических расстройств?
5. Какие теории и модели возникновения психосоматических заболеваний вы знаете?
6. В чем заключается психосоматический подход в медицине и каковы его особенности?
7. Назовите основные варианты развития психосоматических заболеваний.
8. Каковы основные принципы терапии психосоматических расстройств?
9. Данной категории людей характерен внутриличностный конфликт между агрессивными импульсами, стремлением к достижению высоких социальных целей, высоких стандартов социальной жизни и потребностью в зависимости от значимых лиц. Эти лица обычно держатся внешне спокойно, но высказывают много жалоб и часто импульсивны, открыто гнева не выражают, при этом у них потенциально накапливается ярость. Их поведение в целом описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех со стремлением сдерживания как положительных, так и отрицательных аффектов. Какое заболевание может развиваться у данной личности?
10. Возникновению данного заболевания способствуют и неосознаваемые страхи, приводящие к постоянному стрессовому реагированию с гипергликемией, закономерной в реакциях «бегства-борьбы». Заболевание здесь может развиваться из начальной гипергликемии, поскольку реальная реализация психологического напряжения отсутствует. Психические проявления этого состояния разнообразны – расстройства сознания делириозного типа, деперсонализационные и дереализационные феномены, галлюцинаторно-параноидные эпизоды, эйфория. Нередко встречаются разнообразные расстройства восприятия: блеклость или красочность мироощущения (преобладание желтых и синих тонов), расстройства схемы тела, изменения чувства времени и др. Какое это заболевание?

11. Люди, предрасположенные к возникновению этого вида заболевания, характеризуются торопливостью в ведении дел, нетерпением, чувством постоянной нехватки времени и высокой ответственности за порученное дело. Они обладают неуверенностью в себе, эмоциональной лабильностью, их характеризует «уход в работу», так как ни на что другое у них просто не хватает времени. Какое заболевание имеется ввиду?

12. У данной категории людей желания зависимости очень сильны, однако отвергаются ими, они лишены покоя и ориентированы на успех. Сознательная установка у них такова: я успешен, деятелен, продуктивен и независим. Одновременно в бессознательном – в точности противоположная установка,- чрезмерно сильная потребность в любви, зависимости и помощи. Потребность в заботе и ласке вызывает хронический бессознательный голод с гиперсекрецией желудочного сока, что особенно опасно для лиц, генетически предрасположенных к данному заболеванию. Какое заболевание может развиться у данной категории людей?

13. Характеристика личности, при которой снижена способность или затрудненность в вербализации эмоциональных состояний называется \_\_\_\_\_ .

## Содержательная часть

### Определение и классификация психосоматических расстройств

Проблема психосоматических соотношений – одна из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается в течение нескольких веков, со времен Гиппократов и Аристотеля. В 1818 году немецкий врач из Лейпцига Я. Хайнрот ввел термин «психосоматический». Ему принадлежали слова: «Причины бессонницы обычно психосоматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным ей основанием». В общепринятый врачебный лексикон термин «психосоматика» вошел лишь спустя столетие.

**Психосоматическое расстройство** – нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых по большей части связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности.

В наиболее распространенной трактовке для психосоматических расстройств характерным является знание значимости психологических факторов как в возникновении, так и в обусловливании ими усиления или ослабления соматического (физического) страдания. Таким образом, критерием отнесения имеющегося физического заболевания к психосоматическим является наличие психологически значимых раздражителей из окружающей среды, которые во времени связаны с возникновением или обострением данного физического нарушения. Такое понимание психосоматических расстройств считается широким, так как к ним относят все нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых тесно связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы или со специфическими особенностями личностно-эмоционального реагирования человека на окружающее.

Строго говоря, психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной – это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болезни. Отсюда многообразие методов и техник, позволяющих работать с человеком целостно. Именно разобщенность врачебных специальностей и взглядов на человека и привела к потере идеи о целостности в работе врача. У этой проблемы есть свои причины, прежде всего – преобладание анализа как метода в медицинской науке. В настоящее время в медицине описано 10 тысяч симптомов и нозологических форм, а для того чтобы успешно справляться с болезнями человека, существует более трехсот медицинских специальностей.

В процессе эволюции человека постепенно нарушался универсальный механизм приспособления его психики к окружающей среде. Вместе с изменением психологии человека и среды его обитания проявлялись новые и численно увеличивались имеющиеся психологические симптомы и синдромы. В ходе эволюции человек приобрел присущие ему как биологическому виду силу, гибкость, подвижность, способность к терморегуляции, определенные характеристики органов чувств. Древние инстинктивные программы поведения человека помогали противостоять голоду, холоду, нападению врагов и хищников.

По мере развития человеческой истории менялись нагрузки от которых нет программ генетической защиты, и теперь приспособление к среде зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от силы его мышц, крепости костей и сухожилий и скорости бега. Опасным стало не оружие врага, а слово. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовать организм на защиту, теперь чаще подавляются, встраиваются в социальный контекст, а со временем извращаются, перестают признаваться их хозяином и могут стать причиной разрушительных процессов в организме (Радченко, 2002).

Психосоматический подход начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматривается целостно. Тогда психосоматическое направление можно рассматривать и как возможность «исцеления» от деперсонализированной медицины.

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят следующие расстройства.

**1. Конверсионные симптомы.** Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

**2. Функциональные синдромы.** В этой группе находится преобладающая часть «проблемных пациентов», которые приходят на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. Беспомощность врача относительно этой симптоматики объясняется среди прочего многообразием понятий, которыми обозначаются эти жалобы. Часто у таких больных имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, не обнаруживаются. В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, будучи неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. Александр описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт и обозначил их органами невротизма.

**3. Психосоматозы** – психосоматические болезни в более узком смысле. В основе их – первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями или психосоматозами. Первоначально выделяли семь психосоматозов («holy seven»): бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз.

Позже этот список расширился – к психосоматическим расстройствам относят рак, инфекционные и другие заболевания.

**4. Психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения** – склонность к травмам и другим видам

саморазрушающего поведения (алкоголизм, наркомания, табакокурение, переедание с ожирением и др.). Эти расстройства обусловлены определенным отношением, вытекающим из особенностей личности и ее переживаний, что приводит к поведению, результатом которого является нарушение здоровья. Например, склонность к травмам характерна для личностей со свойствами, которые противоположны точности, тщательности. Повышенное потребление пищи может пониматься как индикатор престижа, социальной позиции или замены, компенсацией недовольства.

Влияние психики допустимо и возможно при любых заболеваниях человека, поэтому психосоматическая медицина никогда не ограничивалась изучением только психосоматозов. Психосоматический подход как принцип врачебной деятельности заключается в как можно более тщательном изучении влияния психосоциальных факторов на возникновение и течение любых соматических болезней и психотерапевтическом лечении больных с учетом этих факторов. Однако современное понимание психосоматического направления в медицине состоит в изучении психологических механизмов и факторов возникновения и течения болезней, поиске связей между характером психического стрессового фактора и поражением определенных органов и систем.

Несмотря на то, что слово «психосоматика» употребляется очень часто как в обиходе, так и в научной литературе, на сегодняшний день не существует единого определения этого термина. В целом его значение вытекает из слов, которые в него входят (душа и тело). С одной стороны, этот термин подразумевает научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни. С другой стороны, под термином «психосоматика» подразумевается ряд феноменов, связанных с взаимовлиянием психического и телесного, в том числе целый ряд патологических нарушений. В-третьих, под психосоматикой понимают направление медицины, ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений («психосоматическая медицина»). В настоящее время психосоматика является междисциплинарным научным направлением:

- она служит лечению заболеваний, и, следовательно, находится в рамках медицины;
- исследуя влияние эмоций на физиологические процессы, она является предметом исследования физиологии;
- как отрасль психологии она исследует поведенческие реакции, связанные с заболеваниями, психологические механизмы, воздействующие на физиологические функции;
- как раздел психотерапии она ищет способы изменения деструктивных для организма способов эмоционального реагирования и поведения;
- как социальная наука она исследует распространенность психосоматических расстройств, их связь с культурными традициями и условиями жизни.

В период создания психосоматической медицины как науки, стремившейся преодолеть разрыв между телесным и психическим, была создана жесткая однолинейная модель психосоматического заболевания. В последующем она была заменена представлением о возможности возникновения любого заболевания при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов, что привело к многофакторной открытой модели болезни. В силу этого обстоятельства на место проблемы узкого круга психосоматических расстройств пришел интегральный психосоматический подход.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется:

- 1) неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;
- 2) наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;
- 3) нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);
- 4) личностными особенностями;
- 5) психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;

6) фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;

7) особенностями психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений.

Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринных изменений и характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферой. Полное развитие чувства страха предотвращено защитными физиологическими механизмами, но обычно они лишь уменьшают, а не устраняют полностью эти физиологические явления и их патогенное действие. Этот процесс можно рассматривать как торможение, то есть состояние, когда психомоторные и словесные выражения тревоги или враждебных чувств блокируются таким образом, что стимулы, поступающие из ЦНС, отводятся к соматическим структурам через вегетативную нервную систему и, таким образом, приводят к патологическим изменениям в различных системах органов.

При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую ему систему органов, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий.

К психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, этиопатогенез которых – истинная соматизация переживаний, то есть соматизация без психологической защиты, когда при защите душевного равновесия повреждается телесное здоровье.

В современной психосоматике различают предрасположенность, разрешающие и задерживающие развитие болезни факторы. Предрасположенность – это врожденная (например, генетически обусловленная), а при определенных условиях и приобретенная готовность, которая выливается в форму возможного органического или невротического заболевания. Толчком к развитию такого заболевания являются трудные жизненные ситуации. Если манифестируют невротические или соматические заболевания, то они развиваются по собственным закономерностям, которые, однако, тесно связаны с факторами окружающей среды. Значение способствующих развитию болезни факторов при хронических заболеваниях стало известно лишь в последнее время. В любом случае для диагностики как психосоматического, так и невротического заболевания необходимо понимание ситуационного характера его происхождения. Констатация наличия психосоматических нарушений не приводит к отрицанию основного диагноза. Если сегодня говорят о психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании, то это лишь указывает на связь предрасположенность – личность – ситуация.

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психические нагрузки, избегнув болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматически отягощенные пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние.

Таким образом, в современном понимании патогенеза психосоматических заболеваний признается многофакторность в объяснении их природы. Соотношение соматического и психического, то есть влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении – все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний.

## Теории и модели возникновения психосоматических заболеваний

### 1. Теория функциональной асимметрии мозга

По мере социальной адаптации происходит увеличение функциональной асимметрии мозга, которая не переходит определенной границы, обозначенной как критическая зона. В случае социальной дезадаптации, когда функциональная асимметрия мозга переходит в критическую зону, наблюдается возникновение психосоматической патологии, которая изменяет работу функционально асимметричных физиологических систем организма и тем самым способствует выходу функциональной асимметрии мозга из критической зоны. Это приводит к ремиссии психосоматической патологии, которая может иметь различную длительность течения.

Существует несколько теоретических конструктов, обосновывающих наличие единого неспецифического фактора риска в возникновении и развитии психосоматических заболеваний, где используются представления о функциональной асимметрии мозга. Но одной из основополагающих является концепция алекситимии.

**Алекситимия** представляет собой психологический симптомокомплекс, проявляющийся на различных уровнях: когнитивном, аффективном и поведенческом. Существенными чертами алекситимического конструкта являются: трудности в идентификации и описании своих чувств; неспособность к дифференциации чувств и телесных ощущений; недостаточность воображения и такие черты когнитивного стиля, как ригидность и конкретность

Алекситимия характеризуется четырьмя типичными признаками, в каждом отдельном случае – разной степени выраженности:

1. Своеобразная ограниченность фантазии. Пациенту трудно пользоваться символами, результатом чего является особый тип мышления, который можно определить как механический, утилитарный, конкретный. Речь идет о мышлении, связанном с текущим моментом и ориентированном на конкретные реальные вещи. Оно почти не затрагивает внутренние объекты, лишено колоритности. Пациент утомляет собеседника в разговоре и часто производит впечатление тупости. Такой тип мышления организован прагматически-технично и направлен на механическую и функциональную сторону описываемого.

2. Типичная неспособность выражать свои чувства. Пациент не в состоянии связывать вербальные или жестовые символы с чувствами. Он переживает чувства как нечто неструктурированное, во всяком случае – не передаваемое словами. Часто пациент описывает свои чувства через окружающих («Моя жена сказала... врач сказал...») либо вместо чувств описывает соматические ощущения.

3. Примечательно, что психосоматические пациенты хорошо приспособлены к товарищеским отношениям, что даже определяется как гипернормальность. Их связи с конкретным партнером характеризуются своеобразной «пустотой отношений». Поскольку они не в состоянии разбираться в психологических структурах, их отношения остаются на уровне конкретно-предметного использования объектов.

4. Из-за задержки на симбиотическом уровне и связанного с этим недостатка дифференцировки субъект-объект вытекает неспособность пациента к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса. Происходит тотальное идентифицирование с объектом: психосоматический больной существует, так сказать, с помощью и благодаря наличию другого человека (его ключевой фигуры). Это объясняет тот факт, почему потеря (вымышленная или реальная) этой ключевой фигуры («потеря объекта») так часто оказывается ситуацией, которая провоцирует наступление болезни (или ухудшение ее течения).

Таким образом, алекситимия есть некая совокупность признаков, характеризующих психический склад индивидов, которые предрасположены к специфически психосоматическим заболеваниям.

## 2. Теория стресса Г. Селье

Как известно, реакция стресса, или универсальный адаптационный синдром, описанный физиологом Гансом Селье, в буквальном переводе означает реакцию напряжения. Имеется в виду в первую очередь напряжение адаптационных физиологических механизмов. В рамках данной модели психосоматические расстройства рассматриваются как болезни адаптации.

В соответствии со схемой протекания стресса по Г. Селье первоначальную стадию стрессовой реакции составляет фаза тревоги. Это экстренная и в то же время краткосрочная адаптация, во время которой происходит запуск описанной реакции напряжения. Она обеспечивается, по представлениям Селье, за счет поверхностной, легко доступной (как бы по первому требованию) адаптационной энергии. На эндокринном уровне основными «действующими лицами» этой физиологической перестройки выступают в первую очередь гормоны мозгового вещества надпочечников – адреналин и норадреналин.

Далее в результате мобилизации ресурсов организма наступает фаза резистентности. Это стадия средне- и долгосрочной адаптации, на протяжении которой сохраняются и утилизируются рассмотренные физиологические сдвиги, способствующие повышенной сопротивляемости организма (реакция напряжения). На эндокринном уровне это обеспечивается повышением выработки гормонов коры надпочечников. По Селье, на обеспечение подобного состояния затрачивается глубокая адаптационная энергия, истощение запасов которой может быть необратимым. Соответственно, если состояние повышенной сопротивляемости сохраняется длительное время, превышающее приспособительные возможности организма, исчерпывающее его ресурсы, наступает фаза истощения, или срыв адаптации.

Учитывая, что основным видом стресса для современного человека является стресс психоэмоциональный, психосоматические расстройства можно с полным правом называть «болезнями неотрагированных эмоций». В современной трактовке они описываются как аффективно обусловленные или аффективносоматические нарушения. Способствуют формированию эмоционально-стрессовых расстройств особенности эмоционального реагирования человека, тесно связанные с типологическими особенностями его личности.

## 3. Классическая условно-рефлекторная модель и кортико-висцеральная теория (И.П. Павлов)

В 20–30-е годы XX века И.П. Павлов с учениками создали физиологическую модель внутреннего психологического конфликта. В опытах над животными было обнаружено, что к развитию соматических нарушений приводит «сшибка» рефлекторных процессов, иначе говоря, одновременная активизация с помощью одного и того же условного стимула конфликтующих между собой безусловных рефлексов, например пищевого и оборонительного. Таким образом, согласно этой модели, в основе психосоматических расстройств человека также лежит «сшибка» условных рефлексов, имитирующая ситуацию неопределенности, содержащую логически неразрешимые противоречия. Еще один физиологический механизм психологических срывов – образование патологических условных рефлексов.

Клиническим приложением павловской условно-рефлекторной теории стала кортико-висцеральная теория К.М. Быкова и И.Т. Курцина (1950-е годы), объясняющая происхождение внутренних (точнее – психосоматических) болезней следующим образом: кора головного мозга может непосредственно влиять на состояние внутренних органов (по механизму условных рефлексов), поэтому непосредственной причиной психосоматических заболеваний является нарушение динамики физиологических процессов (баланса возбуждения и торможения) на уровне коры головного мозга. Исходя

из этих представлений был предложен неспецифический метод лечения внутренних болезней с помощью охранительного торможения (длительного искусственного сна).

1. Синдром дефицита удовлетворенности по К. Блюму) является еще одной физиологической моделью психосоматических и собственно психологических расстройств.

Опыты на животных продемонстрировали нейрофизиологический механизм, который в естественных условиях лежит в основе возникновения чувства удовлетворения. «Центры удовольствия» мозга выделяют такие нейромедиаторы, как дофамин и серотонин, которые затем инициируют выброс так называемых эндогенных опиатов, или эндорфинов («эндоморфинов»). Что же касается человека, выброс эндогенных опиатов – «медиаторов счастья» – создает у него ощущение физического благополучия, вызывает чувство удовлетворения (вплоть до блаженства), эмоциональную приподнятость (доходящую до эйфории). Недостаток же эндогенных опиатов вызывает тревогу и депрессию. Под действием различных факторов, связанных с неестественным (неэкологичным, нефизиологичным) образом жизни современного человека, этот биохимический механизм сбивается. Биологический «маятник» начинает раскачиваться между крайними положениями – «удовлетворенность» и «дискомфорт» – чаще и с большей амплитудой. В результате человек начинает обостренно чувствовать именно моменты дискомфорта и старается скорее вернуться к удовлетворенности, однако нейромедиаторные ресурсы последнего состояния постепенно истощаются. Стремление устранить тревогу и депрессию приводит человека к попыткам восполнить лежащий в основе эмоционального дискомфорта биохимический дефицит с помощью следующих средств:

а) приема психоактивных веществ, что ведет к нарушению влечений, к разнообразным химическим формам зависимости (алкогольной, наркотической, никотиновой), а также к зависимости пищевой – к стремлению употреблять легкоусваиваемые углеводы, что приводит к перееданию;

б) поведения, связанного с риском, будь то навязчивое влечение к азартным играм или многие так называемые экстремальные виды спорта (включающие риск для жизни и здоровья);

в) повышенной агрессивности, в том числе – приводящей к антисоциальному поведению.

Следствием описанного эмоционального дисбаланса являются и разнообразные психосоматические расстройства, возникающие на тревожно-депрессивном фоне.

2. «Психосоматическая» семья – понятие, где принципиально новым в рассматриваемом аспекте является попытка привлечения микросоциальных условий существования человека для объяснения соматических заболеваний, увязывания определенной специфики межличностных отношений в семье с физиологическими процессами в организме. В 70-е годы XX в. набрала силу зародившаяся в 50-е годы системная семейная психотерапия, в рамках которой больного и болезнь рассматривают не изолированно, а в конкретном семейном контексте. Согласно модели С. Минухина, для психосоматической семьи являются характерными:

1) «сверхвключенность» родителей в жизнь и проблемы ребенка, что мешает развитию его самостоятельности, автономии;

2) сверхчувствительность каждого члена к дистрессу других членов семьи;

3) низкая способность менять правила взаимодействия при меняющихся обстоятельствах (ригидность);

4) избегание выражения несогласия и открытого обсуждения конфликтов;

5) ребенок и его болезнь часто играют роль стабилизатора, своеобразного буфера в скрытом семейном или супружеском конфликте (пошатнувшийся брак родителей скрепляется необходимостью заботы о ребенке). Особый стиль взаимоотношений в такой семье ведет к дефектам развития ребенка в плане невозможности его автономного функционирования, ему становятся необходимыми внешние «объекты-регуляторы» для обеспечения психологического и физиологического равновесия. Таким объектом чаще

выступает «психосоматическая мать», описываемая как авторитарная, открыто тревожная и латентно враждебная. Отец, неспособный противостоять доминантной матери, находится в такой семье на периферии. Сложившиеся неправильные семейные взаимоотношения могут формировать у ребенка такие формы поведения, при которых в его психологические реакции включаются и определенные физиологические компоненты, которые становятся привычными и ведут к заболеванию. В других случаях провоцирует экзакцеребрацию заболевания и утрата привычных «объектов-регуляторов». Например, ребенок вырос и завел свою семью, но зависимость от матери как привычного регулятора его психологических и физиологических функций осталась.

### **Психосоматический подход в медицине. Психологические аспекты диагностики и терапии психосоматических заболеваний**

Лечение психосоматических расстройств одними психологическими методами не вызывает достаточно хороших результатов, так что не может быть рекомендовано в качестве единственного метода лечения. Как следствие этого у врачей возникли сомнения в достоверности концепций психосоматической медицины. Большинство, однако, полагают, что хронические и тяжелые стрессы могут играть значительную этиологическую роль в развитии ряда соматических заболеваний.

Кроме влияния типичных стрессов, таких как развод или смерть супруга, ряд специалистов признают, что разные личности склонны к различным психосоматическим заболеваниям, как и разные конфликты также вызывают разные заболевания. В отечественной психоневрологии В.Н. Мясищев (1960) предлагает при терапии анализ реальных конфликтов, так как некоторые люди не могут «позволить дать себе невроз», а психосоматическое заболевание для личности может быть даже «более престижным». Происходит бессознательное «переключение», связанное с социальным фактором. Выбор симптома, пораженного органа обуславливается фактором своеобразной «предуготованности» определенной функциональной недостаточностью (врожденной или приобретенной) тех или иных органов и систем.

В настоящее время в психосоматической медицине все больший вес приобретают идеи *многопричинности (мультикаузальности) психосоматических расстройств*. Для объяснения и трактовки нарушений все больше привлекаются физиологические данные, усиливается «депсихологизация» исследований в психосоматической медицине. Однако, несмотря на рост числа медико-биологических работ, психологические проблемы в этой области яснее не становятся. Психологическую и психоаналитическую трактовки многих субъективных феноменов в психосоматической медицине также заменить пока трудно. С этим связаны попытки создания интегративных моделей здоровья и болезни. Они провозглашают, что *все болезни имеют многофакторный генез*. Причинные факторы заболевания находятся в сложном взаимодействии и могут быть генетическими, бактериальными, иммунными, пищевыми, психологическими, обусловленными поведением и социальными воздействиями.

В последние годы наибольшую популярность приобретает мнение о необходимости замены проблемы узкого круга психосоматических расстройств, проблемой *психосоматического подхода* к любым заболеваниям. В широком смысле этот подход, как отмечает Д.Н. Исаев (1996), охватывает проблемы внутренней картины здоровья и болезни, конверсионных, соматогенных, соматоформных и соматизированных психических и ипохондрических расстройств. Сюда входят и реакции личности на болезнь, умирание, смерть, отрыв от семьи, проблемы симуляции болезни и искусственно продуцируемых расстройств, в том числе синдромы Мюнхгаузена (симуляция больным болезнью, которые приводят к операции или другим серьезным медицинским воздействиям) и Полле (спровоцированный синдром Мюнхгаузена – искусственное причинение болезни ребенку его собственной матерью или человеком, который его опекает).

**Варианты развития психосоматического заболевания.** Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский (1981) выделяют ряд вариантов развития психосоматических заболеваний, из которых следует особо выделить следующие.

1. *Ситуационный (первично-психогенный) вариант* – на первом плане среди этиологических факторов находится столь длительное воздействие психологически неблагоприятных жизненных условий, что даже развитые возможности защитного резерва (личностного и биологического) не ограждают от формирования органической патологии со стороны различных соматических систем.

2. *Личностный вариант* – главным условием формирования патологии выступает психологически деформированная личность, которая обуславливает затяжной, гипертрофированный и извращенный тип психологического реагирования, становление хронизированного эмоционального напряжения.

К последнему варианту можно отнести и развитие болезни через определенные патологические привычки (переедание, алкоголизм и др.), имеющие личностную обусловленность.

Таким образом, термин «психогенный» нельзя однозначно применять к психосоматическим заболеваниям. При психосоматических заболеваниях психогенный фактор имеет место, но в сложном сочетании с физиологическими факторами. Только сочетание личностных особенностей с определенными свойствами соматических систем (конституция, наследственность, возраст, пол, характер предшествующих заболеваний и определенная дефектность регуляторных и исполнительных механизмов организма) делают реальным становление той или иной болезненной структуры, которую мы называем психосоматическим заболеванием.

**Принципы терапии психосоматических заболеваний.** Удельный вес психогенных и патофизиологических факторов неоднороден на различных этапах заболевания, что обуславливает и особенности терапевтической тактики при психосоматической патологии.

*На первом этапе* психосоматического заболевания психогенный фактор и личностные нарушения преобладают, имеется бессознательный психологический конфликт, что и обуславливает ведущую роль психотерапевтических методик лечения на стадии заболевания. Можно применять патогенетическую психотерапию, которая направлена на перестройку системы отношений и установок больного, оптимизацию функционирования механизмов психологической защиты.

*На втором этапе* психосоматического заболевания усиливаются функционально-соматические нарушения, формируются «порочные круги» патологического функционирования в страдающих системах, усугубляются дни нарушения. Психотерапевтические усилия становятся менее эффективным, требуется более активная медикаментозная коррекция нарушений.

*На третьем этапе* психосоматического заболевания преобладающими становятся соматические нарушения («органическая» стадия). В терапии используются преимущественно медикаменты и симптоматическая психотерапия (включая коррекцию «массажа переживаний», коррекцию внутренней картины болезни).

На всех этапах психосоматического заболевания, а также в целях профилактики психосоматических реакций у здоровых людей широкую популярность приобрели различные антистрессовые методики релаксации и снятия напряжения. Одним из таких методов релаксации является предложенная в 1932 г. немецким психиатром Йоганнесом Генрихом Шульцем *аутогенная тренировка*. Сущность этого метода заключается в произвольном вызывании мышечной релаксации и в реализации на этом фоне позитивных утверждений о своем здоровье в виде формул самовнушения. Заслуга Шульца состоит в доказательстве того, что при значительном расслаблении мускулатуры возникает особое состояние сознания, позволяющее путем самовнушения воздействовать на различные, в том числе исходно произвольные, функции организма.

## Механизм развития основных органических психосоматических болезней

**Гипертоническая болезнь.** Исследования последних десятилетий показали, что повышение кровяного давления является неспецифическим биологическим сигналом, подобным, например, лихорадке. Этот сигнал может иметь много разных причин. При эссенциальной гипертонии имеет место семейная предрасположенность к заболеванию.

С точки зрения теорий специфического стресса для больных с наследственной гипертонической болезнью характерен внутриличностный конфликт между агрессивными импульсами, стремлением к достижению высоких социальных целей, высоких стандартов социальной жизни и потребностью в зависимости от значимых лиц.

Лица с повышенным артериальным давлением обычно держатся внешне спокойно, но высказывают много жалоб и часто импульсивны. Хотя они открыто гнева не выражают, но у них может потенциально накапливаться ярость. Их поведение в целом описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех со стремлением сдерживания как положительных, так и отрицательных аффектов.

Таким образом склонность к подавлению (репрессии) свойственных личности больных гипертонией агрессивных тенденций способствует накоплению и хронификации стрессовых воздействий. Такие личности мало адаптированы к стрессовым ситуациям, особенно типа изменений жизненного стереотипа.

В комплексной терапии гипертонической болезни, наряду с гипотензивными средствами, широко применяется поддерживающая и поведенческая психотерапия. Хороший эффект оказывает аутогенная тренировка и другие релаксационные методики, а также биоподкрепление (БОС). Возможно применение методов психотерапии, которые направлены на изменение неправильных позиций в отношении больного к разным сферам жизни. Наиболее часто с этими целями используется групповая психотерапия.

**Стенокардия и инфаркт миокарда.** Изучение людей с ишемической болезнью сердца (ИБС) показало, что они характеризуются торопливостью в ведении дел, нетерпением, чувством постоянной нехватки времени и высокой ответственности за порученное дело. Они обладают неуверенностью в себе, эмоциональной лабильностью, их характеризует «уход в работу», так как ни на что другое у них просто не хватает времени.

В лечении ИБС применяются различные специфические препараты, а для ослабления психологических реакций назначают транквилизаторы. Психотерапия направлена на поддержку веры в выздоровление, ослабление стресса, компульсии и напряжения. Принципы психотерапии в общих чертах сходны с таковыми при гипертонической болезни.

**Бронхиальная астма.** В ее появлении существенное значение имеют истерические личностные черты, повышенная ипохондричность, осознаваемая тревога. В симптомах бронхиальной астмы усматривают символическое выражение внутриличностного конфликта между потребностью больного человека в нежности и страхом перед ней, а также противоречивость в решении проблемы «брать и давать». Чаще всего в семьях таких больных родители стремятся к контролированию и подавлению инициативы своих детей, запрещению спонтанных эмоциональных проявлений, так как в такой семье считается неприличным проявлять свои истинные чувства. Приступы бронхиальной астмы по мнению Р. Александер, развиваются при фрустрации повышенной у астматиков бессознательной потребности в зависимости, а у детей – потребности в защите и ласке со стороны матери (или лица, ее заменяющего).

Лечение бронхиальной астмы комплексное – терапевтом, аллергологом и психотерапевтом. В лечении используют самые разнообразные виды психотерапии – индивидуальную, групповую, поведенческую, гипноз. Большое значение в ходе терапии имеет преодоление выраженной зависимости больного астмой от своего врача, обучение воз-

возможности самостоятельно облегчать приступ, освоение техник расслабления и различных дыхательных упражнений.

**Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.** К язвенной болезни может приводить неспецифический стресс, который обуславливает гиперактивность желудка и гиперсекрецию пепсина, в результате чего формируется язва. Сторонники специфических теорий выдвигают на первое место формирование характерного бессознательного конфликта при хронической фрустрации выраженной у язвенной личности потребности в зависимости. Потребность в заботе и ласке вызывает хронический бессознательный голод с гиперсекрецией желудочного сока, что особенно опасно для лиц, генетически предрасположенных к язве.

Созданы и разнообразные типологии (профили) язвенных больных. В частности, в отношении манифестного поведения в литературе различают пассивный и гиперактивный тип язвенного больного. Пассивный язвенный тип склонен к субдепрессивному фону настроения и прямо выражает свои потребности в зависимости. Полагают, что язвенный приступ наступает тогда, когда эти бессознательные или сознательные потребности в зависимости встречают отказ. При гиперактивном язвенном типе желания зависимости очень сильны, однако отвергаются больными. Гиперактивный тип лишен покоя и ориентирован на успех. Сознательная установка его такова: я успешен, деятелен, продуктивен и независим. Одновременно в бессознательном мы находим в точности противоположную установку чрезмерно сильной потребности в любви, зависимости и помощи.

Психотерапия направлена на конфликт, связанный с зависимостью больного. Если пассивный тип язвенника ищет защиты в общении с врачом, то для гиперактивного типа нужна иная тактика: следует иметь в виду его раздвоенность между стремлением к независимости и одновременной потребностью в пассивной зависимости. Для пассивного типа пригодна, в частности, *суппортивная* форма терапии, то есть психотерапевтическая поддержка и осторожное управление поведением. При этом больной должен иметь возможность выразить свою потребность в зависимости, не боясь негативной оценки врача. Уменьшению внутреннего стресса поможет попытка облечь конфликт в слова с обсуждением проблемы на рациональном уровне. Однако в острой фазе заболевания работа по конфликту считается преждевременной, лучше сначала сосредоточиться на обсуждении необходимых изменений в поведении и быту. Полезны биоподкрепление и релаксационные методики. Комплексная терапия включает диету и специальные медикаменты.

**Язвенный колит.** У лиц с хроническим воспалением и язвами толстого кишечника преобладают компульсивные личностные черты. Эти больные опрятны, любят порядок, пунктуальны, а свой гнев выражают весьма сдержанно. Р. Александер полагает, что у таких личностей ключевым моментом является также фрустрированная потребность своей зависимостью. Агрессивные тенденции по отношению к объекту своей зависимости приводят к бессознательному чувству вины и тревоги, которые «облегчаются» кровавым поносом. У 60% больных обострению предшествуют депрессивно окрашенные жизненные ситуации с переживанием действительной или воображаемой потери объекта. Больные чаще происходят из семей, в которых вообще мало говорят о чувствах. У больных низкая самооценка и они весьма чувствительны к собственным неудачам. Потеря отношений с ключевой фигурой бессознательно переживается больными как угроза собственному существованию. Больным явно недостает сознательного переживания агрессии и соответствующего поведения.

Во время обострения показана поддерживающая психотерапия, соответствующее медикаментозное лечение. При хроническом латентном течении показаны более интерпретативные виды психотерапии. Важно умение врача терпеливо выслушивать больного и осторожно стимулировать его к активности и автономности.

**Гипертиреоз.** Заболеванию часто предшествует сильное переживание, характерна семейная предрасположенность к болезни. Двигательное и внутреннее беспокойство, возбуждение и раздражительность являются следствием повышенной секреции гормонов щитовидной железы. В личностном плане мы находим у больных постоянную активность, готовность перевыполнять свои задания. Они производят впечатление личностной зрелости, но она адекватна не всем ситуациям и лишь с трудом скрывает их страх и слабость. Согласно психодинамической теории, в детстве эти больные испытывали сильную привязанность и зависимость от матери, поэтому они не переносят угрозы потери любви. Фрустрация детской жажды к зависимости приводит к преждевременному самоутверждению. В лечении необходимы транквилизаторы и поддерживающая психотерапия.

**Сахарный диабет.** В отношении этого заболевания есть данные о том, что развитию диабета способствуют внутриличностные конфликты, которые компенсаторно удовлетворяются актом еды. Здесь проявляется как бы символическая психологическая формула: еда равна любви. Это ведет к стабильной гипергликемии, которая ослабляет секреторную деятельность островков Лангерганса поджелудочной железы. Одновременно, как следствие отождествления пищи с любовью, уничтожается эмоция голода. Состояние голода усиливается независимо от принятия пищи. Формируется «голодный» метаболизм, который соответствует метаболизму больного диабетом. Способствуют диабету и неосознаваемые страхи, приводящие к постоянному стрессовому реагированию с гипергликемией, закономерной в реакциях «бегства-борьбы», по Г. Селье. Диабет здесь может развиваться из начальной гипергликемии, поскольку реальная реализация психологического напряжения отсутствует. Психические проявления гипогликемического состояния разнообразны – расстройства сознания делириозного типа, деперсонализационные и дереализационные феномены, галлюцинаторно-параноидные эпизоды, эйфория. Нередко встречаются разнообразные расстройства восприятия: блеклость или красочность мироощущения (преобладание желтых и синих тонов), расстройства схемы тела, изменения чувства времени и др. (синдром Benedek). Гипогликемия негативно влияет на когнитивные способности больных.

В лечении сахарного диабета большое значение имеет диета и использование сахароснижающих препаратов, прежде всего инсулина. Больным сахарным диабетом показаны антистрессовые и поведенческие психотерапевтические методики, коррекция внутриличностной конфликтности.

Таким образом, психосоматические расстройства, расположенные в континууме здоровье – болезнь, представляют трудности в диагностике. Вследствие этих причин пациенты, так называемые «трудные больные», чьи расстройства находятся на стыке психиатрии, клиники внутренних болезней и неврологии, месяцами или даже годами не находят понимания и эффективной помощи у врачей-терапевтов, не владеющих достаточными знаниями и опытом психопатологической диагностики, психофармакотерапии и психотерапии. Это основная группа больных так называемого «медицинского лабиринта».

У специалиста требуется умение понять проблему и выявить симптоматику, а самое главное – найти путь к ее решению.

Практика показывает: психотерапия в работе врача может быть по настоящему эффективной в том случае, когда используются приемы, предусматривающие коррекцию и личности, и нарушений морфологии и функций заинтересованного органа непосредственно. Для создания таких лечебных шаблонов (схем) недостаточно знаний только по психотерапии или только медикаментозной терапии. Необходимо их объединение.

## Практическая часть

### Методика: Торонтская Алекситимическая Шкала (ТАС)

#### Определение уровня алекситимии

Под алекситимией понимают сниженную способность или затрудненность в вербализации эмоциональных состояний. Алекситимическая личность характеризуется трудностями в определении и описании собственных переживаний, сложностью в различении чувств и телесных переживаний, снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии, воображения, большей сфокусированностью на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Указанные особенности вызывают трудности в осознании эмоций и когнитивной переработки аффекта, что ведет к усилению физиологических реакций на стресс. Клинический опыт подтверждает это предположение. Уровень алекситимии измеряется при помощи специального опросника – Торонтской Алекситимической Шкалы, адаптированной в Институте им. В.М. Бехтерева.

**Инструкция испытуемому.** Прочтите утверждения опросника и укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений (ставьте «+» в соответствующей колонке) Дайте только один ответ на каждое утверждение: 1) совершенно не согласен, 2) скорее не согласен, 3) ни то, ни другое, 4) скорее согласен, 5) совершенно согласен.

#### Текст опросника

Утверждения	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
	1	2	3	4	5
1. Когда я плачу, всегда знаю, почему					
2. Мечты – это потеря времени					
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым					
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю					
5. Я часто мечтаю о будущем					
6. Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие					
7. Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений					
8. Мне трудно находить правильные слова для моих чувств					
9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам					
10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам					
11. Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит					
12. Я способен с легкостью описать свои чувства					
13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать					

14. Когда я расстроен, не знаю, печален ли я, испуган или зол					
15. Я часто даю волю воображению					
16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим					
17. Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле					
18. Я редко мечтаю					
19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так					
20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение					
21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях					
22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям					
23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства					
24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему					
25. Я не знаю, что происходит у меня внутри					
26. Я часто не знаю, почему я сержусь					

**Обработка и интерпретация данных.** Подсчет баллов осуществляется таким образом:

1) ответ «совершенно не согласен» – оценивается в 1 балл, «скорее согласен» – 2, «ни то, ни другое» – 3, «скорее согласен» – 4, «совершенно согласен» – 5. Эта система баллов действительна для пунктов шкалы 2,3,4,7,8,10,14,16,17 18,19,20,22,23,25,26,

2) отрицательный код имеют пункты шкалы 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21 24. Для получения итоговой оценки в баллах, следует проставить противоположную оценку по этим пунктам (то есть оценка 1 получает 5 баллов, 2–4, 3–3, 4–2, 5–1);

3) сумма баллов по всем пунктам и есть итоговый показатель «алекситимичности».

Теоретическое распределение результатов возможно от 26 до 130 баллов. По данным авторов методики, «алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше «неалекситимический» тип личности набирает 62 балла и ниже. Ученые Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, адаптировавшие методику, выявили средние значения показателя алекситимии у нескольких групп испытуемых: контрольная группа здоровых людей –  $59,3 \pm 1,3$ , группа больных с психосоматическими расстройствами –  $72,09 \pm 0,82$ , группа больных неврозами –  $70,1 \pm 1,3$ .

### Тестовый контроль знаний

1. В классической психосоматике выделяют три группы расстройств, кроме:
  - 1) конверсионных расстройств
  - 2) «органных неврозов»
  - 3) психосоматических заболеваний в узком смысле слова
  - 4) вегетозов

2. Алекситимией называется:

неспособность испытывать яркие переживания

- 1) неспособность сопереживать
- 2) неспособность сконцентрировать внимание на своих чувствах
- 3) неспособность даже короткое время быть в одиночестве
- 4) неспособность точно описать свое эмоциональное состояние

3. Тип воспитания, включающий чрезмерное внимание и контроль со стороны взрослых, навязывание своего мнения по любому вопросу, диктование каждого шага, ограждение от опасностей, культивирование осторожности, обозначается:

- 1) «кумир семьи»;
- 2) гиперопека;
- 3) гипоопека;
- 4) «ежовые рукавицы»;
- 5) парадоксальная коммуникация

4. Данной категории людей характерен внутриличностный конфликт между агрессивными импульсами, стремлением к достижению высоких социальных целей, высоких стандартов социальной жизни и потребностью в зависимости от значимых лиц. Эти лица обычно держатся внешне спокойно, но высказывают много жалоб и часто импульсивны, открыто гнева не выражают, при этом у них потенциально накапливается ярость. Их поведение в целом описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех со стремлением сдерживания как положительных, так и отрицательных аффектов. Какое заболевание может развиваться у данной личности.

- 1) гипертиреоз
- 2) сахарный диабет
- 3) язвенный колит
- 4) гипертоническая болезнь

5. В появлении данного заболевания существенное значение имеют истерические личностные черты, повышенная ипохондричность, осознаваемая тревога. Чаще всего в семьях таких больных родители стремятся к контролированию и подавлению инициативы своих детей, запрещению спонтанных эмоциональных проявлений, так как в такой семье считается неприличным проявлять свои истинные чувства.

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) бронхиальная астма
- 3) ишемическая болезнь сердца (ИБС)
- 4) гипертиреоз

6. Возникновению данного заболевания способствуют и неосознаваемые страхи, приводящие к постоянному стрессовому реагированию с гипергликемией, закономерной в реакциях «бегства-борьбы». Заболевание здесь может развиваться из начальной гипергликемии, поскольку реальная реализация психологического напряжения отсутствует. Психические проявления этого состояния разнообразны – расстройства сознания делириозного типа, деперсонализационные и дереализационные феномены, галлюцинозопараноидные эпизоды, эйфория. Нередко встречаются разнообразные расстройства восприятия: блеклость или красочность мироощущения (преобладание желтых и синих тонов), расстройства схемы тела, изменения чувства времени и др.

- 1) ишемическая болезнь сердца (ИБС)
- 2) гипертиреоз
- 3) сахарный диабет
- 4) язвенный колит

7. Люди, предрасположенные к возникновению этого вида заболевания, характеризуются торопливостью в ведении дел, нетерпением, чувством постоянной нехватки времени и высокой ответственности за порученное дело. Они обладают неуверенностью в себе, эмоциональной лабильностью, их характеризует «уход в работу», так как ни на что другое у них просто не хватает времени.

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) бронхиальная астма
- 3) ишемическая болезнь сердца (ИБС)
- 4) гипертиреоз

8. У данной категории людей желания зависимости очень сильны, однако отвергаются ими, они лишены покоя и ориентированы на успех. Сознательная установка у них такова: я успешен, деятелен, продуктивен и независим. Одновременно в бессознательном – в точности противоположная установка,- чрезмерно сильная потребность в любви, зависимости и помощи. Потребность в заботе и ласке вызывает хронический бессознательный голод с гиперсекрецией желудочного сока, что особенно опасно для лиц, генетически предрасположенных к данному заболеванию.

Какое заболевание может развиваться у данной категории людей.

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) бронхиальная астма
- 3) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
- 4) ишемическая болезнь сердца (ИБС)

9. Заболеванию часто предшествует сильное переживание, характерна семейная предрасположенность к болезни. Двигательное и внутреннее беспокойство, возбуждение и раздражительность являются следствием повышенной секреции гормонов щитовидной железы. В личностном плане у больных наблюдается постоянная активность, готовность перевыполнять свои задания. Они производят впечатление личностной зрелости, но она адекватна не всем ситуациям и лишь с трудом скрывает их страх и слабость. В детстве эти больные испытывали сильную привязанность и зависимость от матери, поэтому они не переносят угрозы потери любви.

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) бронхиальная астма
- 3) ишемическая болезнь сердца (ИБС)
- 4) гипертиреоз

10. У лиц с этим видом заболевания преобладают компульсивные личностные черты. Эти больные опрятны, любят порядок, пунктуальны, а свой гнев выражают весьма сдержанно. Больные чаще происходят из семей, в которых вообще мало говорят о чувствах. У больных низкая самооценка и они весьма чувствительны к собственным неудачам. Потеря отношений с ключевой фигурой бессознательно переживается больными как угроза собственному существованию. Больным явно недостает сознательного переживания агрессии и соответствующего поведения.

- 1) язвенный колит
- 2) бронхиальная астма
- 3) ишемическая болезнь сердца (ИБС)
- 4) гипертиреоз

11. В отношении этого заболевания есть данные о том, что его развитию способствуют внутриличностные конфликты, которые компенсаторно удовлетворяются актом еды. Здесь проявляется как бы символическая психологическая формула: еда равна любви. Это ведет к стабильной гипергликемии, которая ослабляет секреторную деятельность островков Лангерганса поджелудочной железы. Одновременно, как следствие отождествления пищи с любовью, уничтожается эмоция голода. Состояние голода

усиливается независимо от принятия пищи. Формируется «голодный» метаболизм, который соответствует метаболизму больного данным заболеванием.

- 1) ишемическая болезнь сердца (ИБС)
- 2) гипертиреоз
- 3) сахарный диабет
- 4) язвенный колит

12. Лица со склонностью к подавлению (репрессии) агрессивных тенденций, способствующей накоплению и хронификации стрессовых воздействий. Такие личности мало адаптированы к стрессовым ситуациям, особенно типа изменений жизненного стереотипа. Какое заболевание может развиваться у данной личности.

- 1) ишемическая болезнь сердца (ИБС)
- 2) гипертиреоз
- 3) сахарный диабет
- 4) язвенный колит

13. В симптомах данного заболевания усматривают символическое выражение внутриличностного конфликта между потребностью больного человека в нежности и страхом перед ней, а также противоречивость в решении проблемы «брать и давать». Приступы и ухудшения, развиваются при фрустрации бессознательной потребности в зависимости, а у детей – потребности в защите и ласке со стороны матери (или лица, ее заменяющего).

- 1) язвенный колит
- 2) бронхиальная астма
- 3) ишемическая болезнь сердца (ИБС)
- 4) гипертиреоз

14. Нарушение функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых по большей части связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности.

- 1) невротические расстройства
- 2) стресс
- 3) психоз
- 4) психосоматические расстройства

15. Характеристика личности, при которой снижена способность или затрудненность в вербализации эмоциональных состояний. \_\_\_\_\_

---

16. Для психосоматической семьи является характерными:

- 1) сверхвключенность родителей в жизнь и проблемы ребенка
- 2) открытое выражение несогласия и обсуждение конфликта
- 3) личность отца выступает как доминирующая
- 4) ригидность членов семьи
- 5) сверхчувствительность каждого члена к бедам других членов семьи

17. Соматизированные формы неврозов «неврозы органов», являющиеся неспецифичным следствием телесного (физиологического) сопровождения эмоций и других психических состояний.

- 1) психосоматический синдром
- 2) психосоматозы
- 3) конверсионные симптомы
- 4) психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоционального реагирования и поведения личности

18. Символическое выражение невротического (психологического) конфликта, проявляющееся в истерических параличах, психогенной слепоте и глухоте и т.д.

- 1) психосоматический синдром
- 2) психосоматозы
- 3) конверсионные симптомы
- 4) психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоционального реагирования и поведения личности

19. В основе этой группы психосоматических расстройств первично лежит телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми патологическими изменениями в органах.

- 1) психосоматический синдром
- 2) психосоматозы
- 3) конверсионные симптомы
- 4) психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоционального реагирования и поведения личности

20. Расстройства, обусловленные определенным отношением, вытекающим из особенностей личности и её переживаний, что приводит к поведению, результатом которого является нарушение здоровья.

- 1) психосоматический синдром
- 2) психосоматозы
- 3) конверсионные симптомы
- 4) психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоционального реагирования и поведения личности

### Ответы

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
<b>1</b>	алекситимия	<b>4</b>	3	<b>7</b>	4	<b>10</b>	4
<b>2</b>	1,4,5	<b>5</b>	2	<b>8</b>	5		
<b>3</b>	1	<b>6</b>	4	<b>9</b>	2		

## Тема занятия № 10. Личность и стресс

---

**Место проведения занятия:** учебная аудитория.

**Продолжительность:** 2 часа.

**Цели занятия:** изучить специфические особенности стресса. Рассмотреть положительный (мобилизующий) и травматический эффект стресса. Ознакомить с физиологическим компонентом реакции стресса. Определить факторы стрессоустойчивости.

**Студент должен знать:**

1. Основные понятия по теме: «стресс», «дистресс», «стрессоустойчивость», «адаптация».
2. Физиологические механизмы приспособления к стрессу.
3. Трехфазную природу стресса.
4. Виды стресса.
5. Влияние стресса на развитие психосоматических заболеваний
6. Факторы стрессоустойчивости, позволяющие повысить защитные механизмы организма, стимулировать учебную и рабочую деятельность, снижать травматическое действие стресса.

**Студент должен уметь:**

1. Владеть теоретическим материалом по данной теме.
2. Использовать приобретённые знания для снижения риска возникновения дистресса и повышения положительного эффекта стресса.
3. Пользоваться методикой Холмса, Раге «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации».

**Темы проектов, рефератов.**

1. Влияние экстремальных ситуаций на человека и общество.
2. Стресс как неотъемлемый фактор деятельности врача.
3. Роль гормонов в формировании реакции на стресс.
4. Профессии, требующие повышенной стрессоустойчивости.
5. Здоровый образ жизни – путь к гармонии и успеху.
6. Стресс и психосоматические заболевания.
7. XXI век – время новейших технологий или обострения «болезней стресса»?

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

1. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.: илл.
2. Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1970.
3. Тигранян Р.А. Стресс и его значение для организма. – М., 1988.

**Дополнительная литература:**

1. Грановская Р. Элементы практической психологии. – 5-е изд., испр. и доп. – СПб.: Речь, 2003. – 655 с.
2. Гринберг Дж. Управление стрессом. – 7-е изд. – СПб.: Питер, 2004.
3. Лазарус Р. Теории стресса и психологические исследования // Эмоциональный стресс. – Л., 1970.
4. Митева И.Ю. Курс управления стрессом. – М.: ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д: «МарТ», 2004.
5. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. – М.:1983.

6. Черепанова Е.М. Психологический стресс. М.: 1996.
7. Шапарь В.Б. Словарь практического психолога/ В.Б. Шапарь. – М.: ООО «Издательство АСТ»; Харьков: «Торсинг», 2004. – 734 с.

#### **Исходный контроль уровня знаний.**

1. Какова роль эмоций в формировании адаптационных механизмов?
2. Что представляет собой эмоциональная регуляция поведения?
3. Индивидуально-психологические особенности проявлений эмоций и чувств.
4. Стрессовые состояния как особый вид эмоциональных состояний.
5. В чем проявляются индивидуально-типологические особенности личности?
6. Каким образом темперамент и характер влияют на поведение человека?

#### **Основные вопросы темы:**

1. Концепция стресса Г. Селье
2. Физиологический компонент стресса.
3. Трехфазная природа стресса.
4. Виды стресса.
5. Влияние стресса на развитие психосоматических заболеваний.
6. Факторы стрессоустойчивости.

#### **Итоговый контроль уровня знаний:**

1. Определение понятий «стресс», «эустресс», «дистресс», «стрессоустойчивость».
2. Кто является основателем концепции стресса?
3. Что такое «стрессор»? Какие бывают стрессоры?
4. Триада реакции на тревогу? Физиологический компонент стресса.
5. Неспецифичность (универсальность) стресса.
6. Трехфазная природа стресса (концепция Г. Селье):
7. На какой стадии происходит приспособление и адаптация?
8. Виды адаптационной энергии.
9. Обратима ли стадия истощения?
10. Адаптационные резервы нашего организма имеют предел?
11. Виды стресса.
12. Понятие травматического стресса.
13. Влияние стресса на развитие психосоматических заболеваний.
14. Характеристика понятия «стрессоустойчивость».
15. Основные факторы стрессоустойчивости.
16. Физиологические предпосылки стрессоустойчивости.
17. Индивидуально-личностные особенности и устойчивость к стрессу.
18. Как и в чем проявляется стресс? Органы «мишени» стресса.
19. Методы борьбы со стрессом.
20. Медикаментозное вмешательство при стрессе.

## **Содержательная часть**

### **Определение понятия стресса и стрессора**

**Стресс** – это состояние психофизиологического напряжения – совокупность защитных физиологических реакций, наступающих в организме человека в ответ на воздействие различных неблагоприятных факторов.

**Стрессор** – неблагоприятный фактор, вызывающий в организме состояние напряжения – стресс. Стрессорами, воздействующими на организм человека могут быть – холод, голод, жажда, психические и физические травмы.

Бизнесмен, испытывающий постоянное давление со стороны клиентов и служащих; диспетчер аэропорта, который знает, что минутное ослабление внимания – это сотни погибших; студент во время сессии, испытывающий информационную нагрузку и волнение; спортсмен, безумно жаждущий победы; муж, беспомощно наблюдающий, как его жена медленно и мучительно умирает от рака, – все они испытывают стресс. Их проблемы совершенно различны, но медицинские исследования показали, что организм реагирует стереотипно, одинаковыми биохимическими изменениями, назначение которых – справиться с, возросшими требованиями к человеческой машине. Факторы, вызывающие стресс – *стрессоры*, различны, но они пускают в ход одинаковую, в сущности, биологическую реакцию стресса.

В связи с ростом так называемых болезней стресса проблема адаптации человека к критическим факторам среды издавна привлекала исследователей. В 1936 году появилась концепция стресса Г. Селье, которая была подхвачена многими представителями медицины, психологии, социологии, этнографии

Почти четыре десятилетия Селье изучал в лаборатории физиологические механизмы приспособления к стрессу и убедился, что принципы защиты на уровне клетки в основном приложимы также к человеку, и даже к целым сообществам людей. Биохимические приспособительные реакции клеток и органов удивительно сходны независимо от характера воздействия. Это навело на мысль рассматривать "физиологический стресс" как ответ на любое предъявленное организму требование.

С какой бы трудностью не столкнулся организм, с ней можно справиться с помощью двух основных типов реакций: активной, или борьбы, и пассивной, или бегства из трудности, или готовности терпеть ее. Если в организм введен яд, бегство не возможно, но реакция все равно может быть двух типов: либо химическое разрушение яда, либо мирное сосуществование с ним. Равновесие устанавливается путем выведения яда из тела, либо организм научается игнорировать яд.

Природа предусмотрела бесчисленное множество способов, с помощью которых приказы атаковать яд или терпеть его передаются нашим клеткам на химическом языке.

Исходя из своих исследований, Селье вывел понятие стресса:

*Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование.*

Чтобы понять это определение, нужно сперва объяснить, что мы подразумеваем под словом *неспецифический*. Каждое предъявленное организму требование в каком-то смысле своеобразно, или *специфично*. На морозе мы дрожим, чтобы выделить больше тепла, а кровеносные сосуды кожи сужаются, уменьшая потерю тепла с поверхности тела. На солнцепеке мы потеем, и испарение пота охлаждает нас. Если мы съели слишком много сахара и содержание его в крови поднялось выше нормы, мы выделяем часть и сжигаем остальное, так что уровень сахара в крови нормализуется. Мышечное усилие, например бег вверх по лестнице с максимальной скоростью, предъявляет повышенные требования к мускулатуре и сердечно-сосудистой системе. Мышцы нуждаются в дополнительном источнике энергии для такой необычной работы, поэтому сердцебиения становятся чаще и сильнее, повышенное кровяное давление расширяет сосуды и улучшается кровоснабжение мышц.

Каждое лекарство и гормон обладают специфическим действием. Мочегонные увеличивают выделение мочи, гормон адреналин учащает пульс и повышает кровяное давление, одновременно поднимая уровень сахара в крови, а гормон инсулин снижает содержание сахара. Однако независимо от того, какого рода изменения в организме они вызывают, все эти агенты имеют и нечто общее. Они предъявляют требование к перестройке. Это требование неспецифично, оно состоит в адаптации к возникшей трудности, какова бы она ни была.

Другими словами, кроме специфического эффекта, все воздействующие на нас агенты вызывают также и неспецифическую потребность осуществить приспособительные функции и тем самым восстановить нормальное состояние. Эти функции независимы от специфического воздействия. Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым, – это и есть сущность стресса.

С точки зрения стрессовой реакции не имеет значения приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или в адаптации. Мать, которой сообщили о гибели в бою ее единственного сына, испытывает страшное душевное потрясение. Если много лет спустя окажется, что сообщение было ложным, и сын неожиданно войдет в комнату целый и невредимым, она почувствует сильнейшую радость. Специфические результаты двух событий – горе и радость – совершенно различны, даже противоположны, но их стрессорное действие – неспецифическое требование приспособления к новой ситуации – может быть одинаковым.

Нелегко представить себе, что холод, жара, лекарства, гормоны, печаль и радость вызывают одинаковые биохимические сдвиги в организме. Однако дело обстоит именно так. Количественные биохимические измерения показывают, что некоторые реакции неспецифичны и одинаковы для всех видов воздействий.

Медицина долго не признавала существования такого стереотипного ответа. Казалось нелепым, что разные задачи, фактически все задачи, требуют одинакового ответа. Но если задуматься, то в повседневной жизни много аналогичных ситуаций, когда специфические явления имеют в тоже время общие неспецифические черты. На первый взгляд трудно найти «общий знаменатель» для человека, стола и дерева, но все они обладают весом. Нет невесомых объектов. Давление на чашу весов не зависит от таких специфических свойств, как температура, цвет или форма. Точно так же стрессорный эффект предъявленных организму требований не зависит от типа специфических приспособительных ответов на эти требования.

Стресса не следует избегать. Впрочем, как явствует из определения, приведенного в начале главы, это и не возможно.

В обиходной речи, когда говорят, что человек «испытывает стресс», обычно имеют в виду чрезмерный стресс, или дистресс, подобно тому как выражение "у него температура" означает, что у него повышенная температура, то есть жар. Обычная же теплопродукция – неотъемлемое свойство жизни.

Независимо от того, чем вы заняты или что с вами происходит, всегда есть потребность в энергии для поддержания жизни, отпора нападению и приспособлению к постоянно меняющимся внешним воздействиям. Даже в состоянии полного расслабления спящий человек испытывает некоторый стресс, сердце продолжает перекачивать кровь, кишечник – переваривать вчерашний ужин, а дыхательные мышцы обеспечивают движения грудной клетки. Даже мозг не полностью отдыхает в периоды сновидений.

### **Физиологический компонент стресса**

Великий франц. физиолог Клод Бернар во второй половине XIX в. – задолго до того, как стали размышлять о стрессе, – впервые четко указал, что внутренняя среда (*milieu interieur*) живого организма должна сохранять постоянство при любых колебаниях внешней среды. Он осознал, что «именно постоянство внутренней среды служит условием свободной и независимой жизни».

50 лет спустя выдающийся американский физиолог Уолтер Б. Кеннон предложил название для «координированных физиологических процессов, которое поддерживают большинство устойчивых состояний организма». Он ввел термин «гомеостазис» (от древне-греческого *homoios* – одинаковый и *stasis* – состояние), обозначающий способ-

ность сохранять постоянство. Слово «гомеостазис» можно перевести как «сила устойчивости».

Объясним подробнее эти два важных понятия. Что означает «постоянство внутренней среды»? Все, что находится внутри меня, под моей кожей, – это моя внутренняя среда. Собственно ткань кожи тоже относится к ней. Другими словами, моя внутренняя среда – это я сам или, во всяком случае, та среда, в которой живут мои клетки. Чтобы поддерживать нормальную жизнедеятельность, ничто внутри меня не должно сильно отклоняться от нормы. Если это случится, я заболею или даже умру.

*Лабораторный подход к понятию неспецифичности.*

Действительно ли существует неспецифическая приспособительная реакция? У больных, страдающих разными болезнями, так много одинаковых признаков и симптомов (стереотипный ответ организма на любую серьезную нагрузку). И при больших кровопотерях, и при инфекционных заболеваниях, и в случаях запущенного рака больной теряет аппетит, мышечную силу, всякое желание что-либо делать. Обычно он также теряет в весе, и даже выражение лица выдает его болезненное состояние. Сельеназвал это болезненное состояние «синдромом болезни»

*Каким образом разные раздражители приводят к одному результату?*

Сельебыли проведены лабораторные эксперименты по исследованию механизма синдрома болезни. В экспериментах обнаружилось, что у крыс, которым впрыскивали неочищенные и токсичные вытяжки из желез, возникал независимо от того, из какой ткани были сделаны вытяжки и какие в них содержались гормоны, стереотипный набор одновременных изменений в органах. Этот набор (синдром) включал в себя увеличение и повышенную активность коры надпочечников, сморщивание (или атрофию) вилочковой железы и лимфатических узлов, появление язвочек желудочно-кишечного тракта.

Поскольку мы начали употреблять специальные термины, дадим объяснение некоторых из них:

*Надпочечники* – это железы внутренней секреции, расположенные над каждой почкой. Они состоят из двух частей: наружного слоя (кора) и внутреннего (мозговое вещество). Кора выделяет гормоны, именуемые *кортикоидами* (например, кортизон); мозговое вещество продуцирует адреналин и родственные ему гормоны, играющие важную роль в реакции на стресс. *Вилочковая железа, или тимус* (большой орган из лимфатической ткани, расположенный в грудной клетке), и лимфатические узлы (вроде тех, что в паху и под мышками) составляют единую систему, которую обычно называют тимолимфатическим аппаратом; он имеет отношение главным образом к иммунитету.

В экспериментах на животных вскоре выяснилось, что те же самые сочетания изменений внутренних органов, которые вызываются впрыскиванием вытяжек из желез, обнаруживаются также при воздействии холода и жары, при инфекциях, травмах, кровотечениях, нервном возбуждении и многих других раздражителях.

Таким образом, типичная триада реакции тревоги представляет следующую схему:

А – надпочечники;

Б – тимус (вилочковая железа);

В – группа из трех лимфатических узлов;

Г – внутренняя поверхность желудка.

После 1936 г. были выявлены добавочные, ранее неизвестные биохимические и структурные изменения организма в ответ на неспецифический стресс. Особое внимание врачи-клиницисты уделяли биохимическим сдвигам и нервным реакциям.

Успешно изучалась также роль гормонов в реакциях стресса. Теперь все признают, что экстренное выделение адреналина – это лишь одна сторона острой фазы первоначальной реакции тревоги в ответ на стрессор. Для поддержания гомеостаза, то есть стабильности организма, столь же важна ось гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников, которая участвует в развитии также многих болезненных явлений. Эта «ось»

представляет собою координированную систему, состоящую из гипоталамуса (участок мозга в основании черепа), который связан с гипофизом, регулирующим активность коры надпочечников. Стрессор возбуждает гипоталамус (пути передачи этого возбуждения до конца не выяснены); продуцируется вещество, дающее сигнал гипофизу выделять в кровь дренокортикотропный гормон (АКТГ). Под влиянием же АКТГ внешняя корковая часть надпочечников выделяет кортикоиды. Это приводит к сморщиванию вилочковой железы и многим другим сопутствующим изменениям – атрофии лимфатических узлов, торможению воспалительных реакций и продуцированию сахара (легкодоступный источник энергии). Другая типичная черта стрессовой реакции – образование язвочек пищеварительного тракта (в желудке и кишечнике). Их возникновение облегчается высоким содержанием кортикоидов в крови, но автономная нервная система тоже играет роль в их появлении.

История ОАС (общего адаптационного синдрома) показывает, что ключом к реальному прогрессу было открытие объективных признаков стресса – увеличения надпочечников, атрофии вилочковой железы, желудочно-кишечных изъязвлений.

Разумеется, всякое заболевание вызывает какую-то степень стресса, поскольку предъявляет организму требования к адаптации. В свою очередь стресс участвует в развитии каждого заболевания. Действие стресса наслаивается на специфические проявления болезни и меняет картину в худшую или лучшую сторону. Вот почему действие стресса может быть благотворным (при различных формах шоковой терапии физиотерапии и трудотерапии) или губительным – в зависимости от того, борются с нарушением или усиливают его биохимические реакции, присущие стрессу (например, гормоны стресса или нервные реакции на стресс).

### **Трехфазная природа стресса**

Этот воспроизведенный в эксперименте «синдром болезни», модель, поддающаяся количественной оценке. Влияние различных факторов можно сравнивать, например, по степени вызванного ими увеличения надпочечников или атрофии вилочковой железы. Эта реакция была впервые описана в 1936 г. Как «синдром, вызываемый различными вредоносными агентами», впоследствии получивший известность как *общий адаптационный синдром (ОАС)*, или *синдром биологического стресса*.

Три фазы общего адаптационного синдрома (ОАС)

*А. Реакция тревоги.* Первая стадия развития стресса – мобилизация по тревоге адаптационных возможностей организма. Автор концепции стресса предположил ограниченность адаптационных возможностей организма. «Ни один организм не может постоянно находиться в состоянии тревоги. Если агент настолько силен, что значительное воздействие его становится несовместимым с жизнью, животное погибает еще в стадии тревоги, в течение нескольких часов или дней. Если оно выживает, за первоначальной реакцией обязательно следует стадия резистентности» Под действием очень сильных стрессоров (тяжелые ожоги, крайне высокие и крайне низкие температуры) организм может погибнуть уже на стадии тревоги. Для реакции тревоги характерно уменьшение размеров тимуса, селезенки и лимфатических узлов, количества жировой ткани, появление язв желудка и кишечника, исчезновение эозинофилов в крови и гранул липидов в надпочечниках, кровь сгущается, содержание ионов хлора в ней падает, происходит повышенное выделение азота, фосфатов, калия, отмечается увеличение печени и селезенки. Организм меняет свои характеристики, будучи подвергнут стрессу. Но сопротивление его недостаточно, и если стрессор сильный (тяжелые ожоги, крайне высокие и крайне низкие температуры), может наступить смерть.

*Б. Фаза сопротивления.* Если действие стрессора совместимо с возможностями адаптации, организм сопротивляется ему. Признаки реакции тревоги практически исче-

зают, уровень сопротивления поднимается значительно выше обычного. Эта фаза характеризуется практически полным исчезновением признаков реакции тревоги; уровень сопротивляемости организма значительно выше обычного. Если стрессор слабый или же прекратил свое действие, то стадия резистентности продолжается длительное время или организм приспособливается, приобретая новые свойства. Эта вторая стадия сбалансированного расходования адаптационных резервов. Если стрессорный фактор является чрезвычайно сильным или же действует длительно, развивается стадия истощения.

*В. Фаза истощения.* На этой стадии наш организм посылает сигналы – призывы о помощи, которая может прийти только извне – либо в виде поддержки, ибо в форме устранения стрессора, изнуряющего организм. Вновь появляются признаки реакции тревоги, но теперь они необратимы, что приводит к гибели организма, если вовремя не оказать необходимой помощи. Таким образом, после длительного действия стрессора, к которому организм приспособился, постепенно истощаются запасы адаптационной энергии. Вновь появляются признаки реакции тревоги, но теперь они необратимы, и индивид погибает.

Следует отметить одно обстоятельство ввиду его большого практического значения: трехфазная природа ОАО дала первое указание на то, что способность организма к приспособлению, или *адаптационная энергия*, не беспредельна. Холод, мышечные усилия, кровотечения и другие стрессоры могут быть переносимы в течение ограниченного срока. После первоначальной реакции тревоги организм адаптируется и оказывает сопротивление, причем продолжительность периода сопротивления зависит от врожденной приспособляемости организма и от силы стрессора. В конце концов, наступает истощение.

Мы до сих пор точно не знаем, что именно истощается, но ясно, что не только запасы калорий: ведь в период сопротивления продолжается нормальный прием пищи. Поскольку наступила адаптация, а энергетические ресурсы поступают в неограниченном количестве, можно ожидать, что сопротивление будет продолжаться как угодно долго. Но подобно неодушевленной машине, которая постепенно изнашивается даже без дефицита топлива, человеческая машина тоже становится жертвой износа и амортизации. Эти три фазы напоминают стадии человеческой жизни: детство (с присущей этому возрасту низкой сопротивляемостью и чрезмерными реакциями на раздражители), зрелость (когда происходит адаптация к наиболее частым воздействиям и увеличивается сопротивляемость) и старость (с необратимой потерей приспособляемости и постепенным одряхлением), заканчивающаяся смертью. Подробнее поговорим об этом позже, когда коснемся стресса и старения.

Хотя у нас и нет строгого научного метода для измерения адаптационной энергии, эксперименты на лабораторных животных убеждают, что способность к адаптации не безгранична. Наши запасы адаптационной энергии сравнимы с унаследованным богатством: можно брать со своего счета, но нельзя делать дополнительные вклады. Можно безрассудно расточать и проматывать способность к адаптации, «жечь свечу с обоих концов», а можно научиться растягивать запас надолго, расходуя его мудро и бережливо, с наибольшей пользой и наименьшим дистрессом.

Невозможно делать дополнительные вклады адаптационной энергии сверх унаследованного от родителей запаса. Однако каждый из личного опыта знает: после крайнего изнеможения от чрезмерно тяжелой дневной работы здоровый ночной сон (а после более тяжелого истощения – несколько недель спокойного отдыха) восстанавливает сопротивляемость и способность к адаптации почти до прежнего уровня. Я сказал «почти», ибо полного восстановления, по всей вероятности, не бывает, и любая биологическая деятельность оставляет необратимые «химические рубцы»; об этом мы расскажем в разделе «Стресс и старение».

Значит, необходимо отличать *поверхностную* адаптационную энергию от *глубокой*. Поверхностная адаптационная энергия доступна сразу, по первому требованию, как деньги в банке можно получить тотчас же, выписав чек. Глубокая же адаптационная энергия хранится в виде резерва, подобно тому, как часть нашего унаследованного богатства вложена в акции и ценные бумаги, которые нужно сперва продать, чтобы пополнить свой банковский счет и тем самым увеличить сумму, доступную для получения наличными. После целой жизни непрерывных расходов все вложения постепенно тают, если мы только тратим и ничего не накапливаем. Я вижу в этом сходство с необратимым процессом старения. Стадия истощения после кратковременных нагрузок на организм оказывается обратимой, но полное истощение адаптационной энергии необратимо. Когда ее запасы иссякают, наступают старость и смерть.

## Виды стресса

Г. Селье повседневной жизни человека выделяет два типа стресса: эустресс и дистресс; эустресс сочетается с желательным эффектом, это нормальный стресс, служащий целям сохранения и поддержания жизни; дистресс – патологический стресс, проявляющийся в болезненных симптомах. Дистресс всегда неприятен, он всегда связан с вредоносным стрессом.

Р. Лазарус ввел понятие *физиологического* и *психологического (эмоционального) стресса*. Физиологическими стрессорами являются крайне неблагоприятные физические условия, вызывающие нарушение целостности организма и его функций (очень высокие и низкие температуры, острые механические и химические воздействия). Психологическими стрессорами являются те воздействия, которые сами люди оценивают как очень вредные для своего благополучия. Это зависит от опыта людей, их жизненной позиции, нравственных оценок, способности адекватно оценивать ситуацию.

Психологический стресс подразделяется на стресс информационный и стресс эмоциональный.

Стресс информационный возникает в ситуациях информационных перегрузок, когда субъект не справляется с задачей, не успевает принимать верные решения в требуемом темпе – при высокой ответственности за последствия решений.

Стресс эмоциональный появляется в ситуациях угрозы, опасности, обиды и т.п. При этом различные его формы – импульсивная, тормозная, генерализованная – приводят к изменениям в протекании психических процессов, эмоциональным сдвигам, трансформации мотивационной структуры деятельности, нарушениям двигательного и речевого поведения.

Психологический стресс сопровождается чрезмерно повышенным эмоциональным напряжением. Характер стрессовой реакции зависит не только от оценки степени вредности стрессора данным человеком, но и от умения реагировать на него определенным образом. Человек способен научиться адекватному поведению в различных стрессовых, экстремальных ситуациях (в аварийных ситуациях, при внезапном нападении и пр.).

Экстремальные ситуации делят на *кратковременные*, когда актуализируются программы реагирования, которые в человеке всегда «наготове», и на *длительные*, которые требуют адаптационной перестройки функциональных систем человека, иногда субъективно крайне неприятной, а подчас неблагоприятной для его здоровья.

При кратковременных сильных экстремальных воздействиях ярко проявляются симптомы стресса (быстрая мобилизация защитных механизмов организма, расходование поверхностных адаптивных резервов). При длительном экстремальном воздействии происходит постепенная мобилизация и расходование как поверхностных так и глубоких адаптационных резервов.

Стресс может оказывать и положительное, мобилизующее, и отрицательное влияние на деятельность – дистресс, вплоть до полной дезорганизации.

### **Влияние стресса на развитие психосоматических заболеваний**

Стресс является составной частью жизни каждого человека, и его нельзя избежать так же, как еды и питья. Он создает «вкус к жизни». Жизнь утрачивает свой вкус, если многие удовольствия могут быть получены очень легко, поскольку в этом случае стремительно падает мотивация к действию. Весьма важно и его поначалу стимулирующее влияние в сложных процессах воспитания и обучения. Но стрессовые воздействия не должны превышать приспособительные возможности человека, ибо в этих случаях возникает ухудшение самочувствия и даже заболевание – соматическое или невротическое. Остановимся немного подробнее на том, почему это происходит. Люди реагируют на одинаковые нагрузки по-разному. У одних – реакция активная. При стрессе эффективность их деятельности достаточно долго продолжает расти (так называемый «стресс льва»), а у других реакция пассивная, эффективность их деятельности быстро падает («стресс кролика»).

Характер реакции предопределяет возникающие вследствие стресса заболевания. Так, в беседе, в которой участвовало 88 врачей медицинского факультета Вашингтонского университета, выяснилось, что из 96 серьезных заболеваний, произошедших с ними за последние 10 лет, 90 приходились на год, непосредственно следовавший за потрясением. У кого из них было потрясение особо сильное, те заболели или получили травму быстрее – в течение 8 месяцев после него. Способы реакции на стрессоры аккумулируются в характере. Одни – доброжелательны, другие – нетерпимы и взрывчаты. Наблюдения показали, что из веселых и добродушных врачей, участвовавших в эксперименте, через 25 лет умерло только 2%, а из раздражительных и злых – 14% (вначале всем им было по 25 лет). Аналогично среди юристов: 4 и 20% соответственно. Таким образом, те, кто часто сердится и раздражается, рискуют потерять не только расположение друзей, но и жизнь. У них вырабатывается и поступает в кровь слишком много адреналина.

Обобщение клинических материалов привело врачей к выводу о том, что широкий круг стрессовых воздействий вызывает у людей по преимуществу гипертоническую и язвенную болезни и некоторые другие формы сосудистой патологии с глобальными или локальными проявлениями, такими как инфаркт, инсульт, стенокардия, сердечная аритмия, нефросклероз, спастический колит и т.д. Отметим, что ожирение и просто избыточный вес часто выступают как признаки неудовлетворенности в жизни, тогда процесс еды выполняет роль простейшего компенсатора.

Есть доказательства того, что у человека, постоянно подавляющего вспышки гнева, развиваются различные психосоматические симптомы. Во время гнева и ярости увеличивается содержание кислоты в желудке. Хотя подавленный гнев и не единственная причина этих заболеваний, показано, что он участвует в развитии ревматического артрита, крапивницы, псориаза, язвы желудка, мигрени, гипертонии. Многолетняя печаль также не проходит даром. Печаль, которая не проявляется в слезах, заставляет плакать другие органы. По данным института терапии, в 80% случаях инфаркта миокарда ему предшествовала либо острая психическая травма, либо длительное психическое напряжение. Можно сказать, что при длительной фрустрации (фрустрация – в переводе с латыни – «тщетное ожидание»), т.е. состоянии дискомфорта, которое овладевает человеком, не имеющим возможности получить желаемое в будущем или потерпевшим фиаско в прошлом, могут развиваться некоторые стрессовые заболевания. При гнетущем неисполнении желаний чаще выявляются желудочно-кишечные расстройства, а при по-

давлении злости – тенденция к сексуальным дисфункциям. Страдания о прошлом чаще приводят к болезням сердца, а страх будущего и забота о нем – к заболеваниям печени.

Почему стресс вызывает соматические заболевания? Как уже было сказано, физиологические изменения при сильных эмоциях нередко связаны с избыточным энергетическим обеспечением – на непредвиденные обстоятельства. Не только физиологические перестройки при мобилизации резервов могут оказаться чрезмерными и истощающими, но и психологические установки и личностная позиция человека существенно влияют на его состояние. Врачи давно обратили внимание на связь преобладания конкретных эмоций с предрасположенностью к определенным заболеваниям. Так, М. И. Аствацатуров считал, что сердце чаще поражается страхом, печень – гневом и яростью, желудок – апатией и подавленным состоянием, а рвоты нарастают при беспокойстве.

Психологи и психиатры установили зависимость между соматическими заболеваниями человека и его личностными особенностями, а также психологическим климатом, в котором он живет и работает. Если человек стремится занять в коллективе место, не соответствующее его реальным возможностям, т.е. обладает повышенным уровнем притязаний, то он в большей мере подвержен развитию сердечно-сосудистой патологии. Хронические коронарные заболевания гораздо чаще встречаются у лиц с выраженной целеустремленностью, честолюбием и нетерпимостью к своему ближайшему окружению. Главной особенностью личности, страдающей гипертонией, является злопамятство – особенно хроническое. Вместе с тем обнаружено, что к гипертонии могут приводить и ситуации, которые не дают человеку возможности успешно бороться за признание собственной личности окружающими, исключая чувство удовлетворения в процессе самоутверждения. Если человека подавляют, игнорируют, то у него развивается чувство постоянного недовольства собой, не находящее выхода и заставляющее его ежедневно «проглатывать обиду». Эти данные позволяют, например, понять, почему среди негров США количество гипертоников в три раза больше, чем среди белого населения.

Для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями типична завышенная самооценка, приводящая к таким особенностям личности, как индивидуализм, неудовлетворенность своим положением в жизни (профессией, должностью), конфликтность, пристрастие к «выяснению отношений». Это, как правило, люди сдержанные, скрытные, обидчивые, тянущиеся к другим, но трудно с ними сходящиеся. При неблагоприятной ситуации или заболев, они нередко порывают свои социальные связи, замыкаются на анализе своих субъективных ощущений, уменьшая не только количество контактов, но и делая их более поверхностными. Тогда для них становится характерной повышенная чувствительность к словесным раздражителям, особенно к порицаниям, уход от острых конфликтных ситуаций и от таких эмоциональных факторов, как дефицит времени, элементы соревнования.

По вероятности возникновения стресса профессии разделяются на более и менее опасные. (Максимально опасные – оцениваются в 10 баллов.) Сейчас их последовательность, по данным Манчестерского университета, такова: минеры – 8,3; полицейские – 7; журналисты – 7,5; хирурги – 7,4; стоматологи – 7,2; терапевты – 6,8; водители – 5,3; астрономы – 3,4. Английские психологи получили следующую последовательность: шахтеры – 8,3; полицейские – 7,7; учителя – 6,2. Замыкают список работники музея – 2,8 и библиотекари – 2,0.

Для изучения условий влияния травмирующих ситуаций были разработаны экспериментальные модели развития ряда заболеваний на животных. Возникающие при этом у животных болезни, хотя и не полностью эквивалентны человеческим, тем не менее, способствуют изучению механизмов и способов профилактики у людей. С их помощью выявлен ряд причин, приводящих к гипертонии и другим заболеваниям. Приведем несколько примеров подобных исследований. Если поместить клетку с кошкой в поме-

щение с собакой и содержать ее (в непосредственной близости) некоторое время, у кошки возникает гипертония. Если вожака стада обезьян, который по своему статусу обычно ест раньше стада, отделить и несколько недель у него на глазах раньше кормить стадо, а потом его, то и у него развивается гипертония.

В экспериментах Портера и Брэди двух обезьян помещали рядом на специальных стульях, ограничивающих движение. Перед каждой находился рычаг. Обе обезьяны одновременно получали короткий удар электрического тока в ноги, регулярно через 20 секунд. Они могли избежать удара, если первая (ответственная) нажимала на рычаг (у второй рычаг не подключался к цепи). Ответственная обезьяна научилась нажимать рычаг, а вторая не обращала на него внимания. Уже через час после начала эксперимента в желудке обезьян начиналось усиленное выделение соляной кислоты. Через 23 дня в режиме «шесть часов токового воздействия – шесть часов перерыва» ответственная обезьяна умерла от язвы 12-перстной кишки. К этому времени у второй (безответственной) отчетливых признаков нездоровья не обнаружили, хотя она получила такое же количество ударов, что и первая.

Проводился и такой эксперимент: животные (крысы) испытывали голод и жажду, хотя в клетке находились и пища, и вода, но, чтобы их достичь, нужно было преодолеть решетку, через которую пропускали электрический ток. Вид пищи и воды и невозможность их получить являлись источником постоянного стресса. Через 30 дней обнаружили язвы у 76% животных экспериментальной группы, в то время как у животных контрольной группы, страдавших от голода и жажды в течение такого же периода, но не имевших в клетке пищи и воды и поэтому не испытывающих танталовых мук, эти явления наблюдались только в 20% случаев.

### **Факторы стрессоустойчивости**

Чувствительность человека к психотравмам определяется уровнем его стрессоустойчивости. Под стрессоустойчивостью понимают такой набор личностных черт, который определяет устойчивость человека к различного вида стрессам. Стрессоустойчивость состоит из трех компонентов: ощущения важности своего существования; чувства независимости; способности влиять на собственную жизнь (открытость и интерес к изменениям, отношение к ним не как к угрозе, а как к возможности развития). Стрессоустойчивость зависит от самого человека, от желания и умения пользоваться теми или иными приемами психической саморегуляции.

Говоря о физиологических предпосылках стрессоустойчивости, следует подчеркнуть, что особую роль играет состояние эндокринной системы и хорошая физическая форма. Вместе с тем существует предрасположенность к стрессовым реакциям людей, характеризующихся определенными эмоциями: гневом, враждебностью и агрессивностью.

На индивидуальную чувствительность человека к травмам оказывают влияние следующие факторы: пол, возраст, уровень интеллектуального развития, актуальная структура личности (наличие таких свойств, как зрелость-незрелость, гиперчувствительность, зависимость, склонность к чрезмерному контролю, стремление подавлять эмоции, склонность выступать в роли жертвы, стремление к удержанию травматического опыта) способствует усилению поражающего эффекта и травмы, т.е. указывает на низкую толерантность к стрессу. Таким же фактором является генетическая предрасположенность – физиологическое состояние в момент получения травмы, особенно при истощении, нарушении сна и питания. Некоторые питательные вещества напрямую связаны со стрессом. Существует группа пищевых питательных веществ, которые имитируют стимуляцию симпатической нервной системы – это кофе, кола, чай и шоколад, который содержит кофеин, никотин, содержащийся в табаке. Эти вещества усиливают метаболизм, провоцируют тревожность и приводят к выделению гормонов стресса, ко-

которые повышают ритм сердечных сокращений и артериальное давление, а так же способствуют усиленному реагированию нервной системы на раздражители, вследствие чего увеличивается вероятность возникновения стрессовой реакции.

Стресс также связан с витаминами. Выделение кортизола (гормона стресса, выделяемого корой надпочечников) требует использования витаминов. Поэтому при хроническом стрессе может возникнуть дефицит витаминов, поступающих к нам в организм вместе с пищей. В большей степени это касается витаминов В (тиамина, рибофлавина, ниацина) и витамина С. дефицит этих витаминов вызывает беспокойство, депрессию, бессонницу, мышечную слабость и расстройства желудка. Поскольку эти витамины используются для выработки гормонов надпочечников, их дефицит снижает способность человека адекватно реагировать на стресс.

Кроме того, имеются сведения о связи между индивидуально-психологическими и личностными особенностями и устойчивостью к стрессовым ситуациям. Так, К.Л. Купер и Дж. Маршалл приводят следующие данные:

- экстраверты более адаптивны и лучше ориентируются в жизни, чем интроверты;
- «ригидные» и «подвижные» различаются в оценке стрессогенных ситуаций: первые больше реагируют на неожиданности в работе, исходящие от руководства и испытывают зависимость от других людей, а вторые, будучи более открытыми, влиянию других людей, легко оказываются перегруженными;
- ориентированные на достижения показывают более высокую независимость и включенность в работу, чем ориентированные на безопасность.

Предпосылками низкой толерантности к стрессу являются тревожность, гиперчувствительность, ригидность, отсутствие социальных навыков. Возникающие на фоне стресса проявления (неуверенность, непродуктивность) вызывают еще более глубокий дискомфорт: увеличения напряженности, возникновения избегания, повышения чувствительности к критике, возникновения бесплодности усилий, замкнутости.

#### *Биологическая необходимость активности*

Бездействующие мышцы, мозг и другие органы теряют работоспособность. Для «поддержания формы» нужно упражнять ум и тело. Кроме того, бездеятельность закрывает все пути для реализации врожденного стремления творить, созидать. Это приводит к нервному напряжению и чувству неуверенности из-за бессмысленности существования. Назвать ли деятельность изнурительным трудом или развлекательной игрой – зависит от нашего отношения к ней. Следует, по крайней мере «быть на дружеской ноге» со своей работой, а в идеальном случае желательно найти себе «игровую профессию», как, можно более приятную, полезную и созидательную. Это будет наилучшей отдушиной – предохранительным клапаном – для самовыражения, а также для предотвращения неразумных вспышек насилия или бегства в воображаемую жизнь с помощью наркотиков. Таков удел человека, у которого рушится система мотивации из-за отсутствия приемлемой цели. В поисках достойной задачи вспоминайте мое двуступенчатое: «Стремись к самой высшей из доступных тебе целей и не вступай в борьбу из-за безделиц». Упорная работа ради того, к чему вы действительно стремитесь, не принесет вреда. Но удостоверитесь, что к этому стремитесь именно вы, а не только ваше общество, родители, учителя или соседи и что вы в состоянии выйти победителем.

Помните также, что в большинстве случаев переключение с одной деятельности на другую – лучший отдых, чем полный покой. Ничто так не изнуряет, как бездеятельность, отсутствие раздражителей и препятствий, которые предстоит преодолеть.

Врачам приходилось видеть бесчисленное множество пациентов, страдавших от выводящей из строя мучительной и неизлечимой болезни. Кто искал облегчения в полном покое, страдал больше всего, потому что не мог не думать о безнадежном будущем, Кто оставался деятельным как можно дольше, черпал силу в решении повседнев-

ных мелких житейских задач, которые отвлекали от мрачных мыслей. Ничто так не помогает больному, как целебный стресс отвлечения внимания.

### *Лекарства от стресса*

Можно использовать транквилизаторы, однако они часто имеют неблагоприятные эффекты в виде сонливости, апатии, замедленной реакции, мышечной слабости, снижения работоспособности и памяти, привыкания и даже депрессии. Другим же классом препаратов являются безопасные аминокислоты. Это, в частности, глицисед.

Глицисед содержит аминокислоту глицин, которая проявляет естественное антистрессовое и успокаивающее действие, улучшает обменные процессы в головном мозге, активизирует память и внимание, борется с депрессией, нормализует сон и защищает клетки головного мозга от повреждающего действия токсических веществ. И главное – не вызывает сонливости и заторможенности. То есть принимать глицисед можно и на работе и за рулем.

Для выбора лекарственного препарата и определения режима его дозирования необходимо обращаться только к квалифицированному специалисту – лечащему врачу или фармацевту.

### *Признаки стрессового напряжения (в свободной интерпретации, по Шефферу)*

1. Невозможность сосредоточиться на чем-либо.
2. Слишком частые ошибки в работе.
3. Ухудшение памяти.
4. Слишком частое возникновение чувства усталости.
5. Очень быстрая речь.
6. Довольно частые боли (голова, спина, область желудка).
7. Повышенная возбудимость.
8. Работа не доставляет прежней радости.
9. Потеря чувства юмора.
12. Постоянное ощущение недоедания.
13. Пропадает аппетит, вообще потерял вкус к еде.
14. Невозможность вовремя закончить работу.

### *Причины стрессового напряжения (в свободной интерпретации, по Буту)*

1. Гораздо чаще Вам приходится делать не то, что хотелось бы, а то, что обязанности.
2. Вам постоянно не хватает времени, не успеваете ничего сделать.
3. Вас постоянно что-то или кто-то подгоняет, вы постоянно куда-то спешите.
4. Вам начинает казаться, что все окружающие зажатые в тисках какого-то напряжения.
5. Вам постоянно хочется спать, никак не можете выспаться.
6. Вы видите чересчур много снов, особенно когда устали за день.
9. Вам почти ничто не нравится.
10. Дома, в семье, на учебе, на работе у вас постоянные конфликты.
11. Постоянно ощущаете неудовлетворенность жизнью.
12. Влезаете в долги, даже не зная, как с ними расплатиться.
13. У вас появляется комплекс неполноценности.
14. Вам не с кем поговорить о своих проблемах, да и нет особого желания.
15. Вы не чувствуете уважения к себе ни дома, ни на учебе, ни на работе.

## **Практическая часть**

**Методика: САН (Самочувствие, активность, настроение).**

**Инструкция:** Постарайтесь вспомнить свое состояние за последний месяц и оцените, выбрав из каждой пары ниже перечисленных характеристик те, которые более сильно проявлялись.

Таблица

	САМООЦЕНКА	ВЫС	СРЕД	СЛАБ	СРЕД	СЛАБ	СРЕД	ВЫС	САМООЦЕНКА		
1	Самочувствие хорошее	3	2	1	0	1	2	3	Самочувствие плохое	71	С
2	Чувствую себя сильным	3	2	1	0	1	2	3	Чувствую себя слабым	71	С
3	Пассивный	3	2	1	0	1	2	3	Активный	17	А
4	Малоподвижный	3	2	1	0	1	2	3	Подвижный	17	А
5	Веселый	3	2	1	0	1	2	3	Грустный	71	Н
6	Хорошее настроение	3	2	1	0	1	2	3	Плохое настроение	71	Н
7	Работоспособный	3	2	1	0	1	2	3	Разбитый	71	С
8	Полный сил	3	2	1	0	1	2	3	Обессиленный	71	С
9	Медлительный	3	2	1	0	1	2	3	Быстрый	17	А
10	Бездеятельный	3	2	1	0	1	2	3	Деятельный	17	А
11	Счастливый	3	2	1	0	1	2	3	Несчастный	71	Н
12	Жизнерадостный	3	2	1	0	1	2	3	Мрачный	71	Н
13	Напряженный	3	2	1	0	1	2	3	Расслабленный	71	С
14	Здоровый	3	2	1	0	1	2	3	Больной	71	С
15	Безучастный	3	2	1	0	1	2	3	Увлеченный	17	А
16	Равнодушный	3	2	1	0	1	2	3	Взволнованный	17	А
17	Восторженный	3	2	1	0	1	2	3	Унылый	71	Н
18	Радостный	3	2	1	0	1	2	3	Печальный	71	Н
19	Отдохнувший	3	2	1	0	1	2	3	Усталый	71	С
20	Свежий	3	2	1	0	1	2	3	Изнуренный	71	С
21	Сонливый	3	2	1	0	1	2	3	Возбужденный	17	А
22	Желание отдохнуть	3	2	1	0	1	2	3	Желание работать	17	А
23	Спокойный	3	2	1	0	1	2	3	Озабоченный	71	Н
24	Оптимистический	3	2	1	0	1	2	3	Пессимистичный	71	Н
25	Выносливый	3	2	1	0	1	2	3	Утомляемый	71	С
26	Бодрый	3	2	1	0	1	2	3	Вялый	71	С
27	Соображать трудно	3	2	1	0	1	2	3	Соображать легко	17	А
28	Рассеянный	3	2	1	0	1	2	3	Внимательный	17	А
29	Полный надежд	3	2	1	0	1	2	3	Разочарованный	71	Н
30	Довольный	3	2	1	0	1	2	3	Недовольный	71	Н

Ключ:

до 50 баллов – низкая выраженность показателей по САН;

от 50 до 55 баллов – норма;

от 55 баллов и выше – высокие показатели по САН

### Тестовый контроль знаний

1. Фазы стресса следуют в таком порядке:  
Истощение – Тревога – Резистентность
2. Совокупность защитных физиологических реакций, наступающих в организме человека или животного в ответ на воздействие различных неблагоприятных факторов.
  - 1) фрустрация
  - 2) страх
  - 3) стресс
  - 4) тревога
3. Неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование.
  - 1) тревога
  - 2) отчаяние

3) фрустрация

4) стресс

4. Неблагоприятные факторы,, воздействующие на организм человека – холод, голодание, психические и физические травмы, кровопотеря, и т.д., называются \_\_\_\_\_

5. Стресс, возникающий в ситуациях информационных перегрузок, когда субъект не справляется с задачей, не успевает принимать верные решения в требуемом темпе – при высокой ответственности за последствия решений.

1) физиологический стресс

2) информационный стресс

3) эмоциональный стресс

6. Стресс в ситуациях угрозы, опасности, обиды, приводящий к изменениям в протекании психических процессов, эмоциональным сдвигам, трансформации мотивационной структуры деятельности, нарушениям двигательного и речевого поведения.

1) физиологический стресс

2) информационный стресс

3) эмоциональный стресс

7. Приспособление строения и функций организма, его органов и клеток к условиям среды, это – \_\_\_\_\_

8. Стресс, связанный с желательным эффектом и приводящий к улучшению внимания, повышению заинтересованности, положительной эмоциональной окраске процесса работы – \_\_\_\_\_

9. Негативное действие стресса, приводящее к угнетению эмоциональных состояний человека, снижению работоспособности, активности и общего самочувствия – \_\_\_\_\_

10. Основоположник концепции стресса:

1) З. Фрейд

2) Г. Селье

3) Э. Берн

4) А. Адлер

11. Подберите соответствующие пары «вопрос»–«ответ»

Стадии стресса      Характеристика стадий стресса

Стадия \_\_\_\_\_ – почти полное исчезновение признаков реакции тревоги, уровень сопротивляемости организма значительно выше обычного, эта стадия сбалансированного расходования адаптационных резервов.

Стадия \_\_\_\_\_ – стрессорный фактор является чрезвычайно сильным или длительно действующим, в результате чего организм посылает сигналы – призывы о помощи, которая может придти только извне.

Стадия \_\_\_\_\_ – непосредственная реакция организма на воздействие стрессора, мобилизация адаптационных возможностей организма.

12. Стресс, возникающий под воздействием неблагоприятных физических условий (очень высокие или низкие температуры, острые химические или механические воздействия), вызывающих нарушение целостности организма и его функций.

1) физиологический стресс

2) информационный стресс

3) эмоциональный стресс

13. Неблагоприятный фактор, вызывающий в организме животного или человека состояние стрессового напряжения, это – \_\_\_\_\_

14. Особая форма стрессовой реакции, когда стрессор перегружает психологические, физиологические, адаптационные возможности человека и разрушает защиту.

- 1) физиологический стресс
- 2) информационный стресс
- 3) травматический стресс

15. Стресс, ведущий к истощению иммунных запасов организма, замедляющий обменные процессы организма.

- 1) дистресс
- 2) информационный стресс
- 3) эустресс
- 4) эмоциональный стресс

16. Набор личностных черт, который определяет устойчивость человека к различного вида стрессам – \_\_\_\_\_

17. Люди реагируют на одинаковые нагрузки по-разному, у одних – реакция активная, при стрессе эффективность их деятельности достаточно долго продолжает расти - \_\_\_\_\_, а у других, реакция пассивная, эффективность их деятельности быстро падает – \_\_\_\_\_

Допишите правильный ответ.

а) непосредственная реакция организма на воздействие стрессора, мобилизация адаптационных возможностей организма \_\_\_\_\_

б) стрессорный фактор является чрезвычайно сильным или длительно действующим, в результате чего организм посылает сигналы – призывы о помощи, которая может придти только извне \_\_\_\_\_

в) почти полное исчезновение признаков реакции тревоги, уровень сопротивляемости организма значительно выше обычного, эта стадия сбалансированного расходования адаптационных резервов \_\_\_\_\_

### Ответы

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
1	3	6	адаптация	11	стрессор
2	4	7	эустресс	12	3
3	стрессор	8	дистресс	13	1
4	информ.стресс	9	2	14	стрессоустойчивость
5	эмоц.стресс	10	1	15	А-стадия тревоги Б- стадия истощения В- стадия резистентности

# Тема занятия №11. Неврозы. Симптоматический опросник Александровича. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич)

---

**Место проведения:** учебная аудитория.

**Цели занятия:** изучить понятие «невроз». Разобрать основные факторы и механизмы формирования неврозов и неврозоподобных состояний. Разобрать основные научные направления проблематики неврозов и неврозоподобных состояний. Ознакомить с классификацией неврозов и неврозоподобных состояний.

**Студент должен знать:**

1. Понятие «невроз».
2. Основные факторы и механизмы формирования неврозов и неврозоподобных состояний.
3. Критерии невроза по К. Ясперсу.
4. Факторы, определяющие характер и природу невроза.
5. Основные научные направления проблематики неврозов и неврозоподобных состояний.
6. Классификацию неврозов и неврозоподобных состояний.

**Студент должен уметь:**

1. Определить наличие либо отсутствие невротического расстройства у пациента.
2. Пользоваться методиками: Симптоматический опросник Александровича; Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д. М. Менделевич).

**Темы проектов, рефератов:**

1. Неврозы – болезнь будущего.
2. Особенности личности и возникновение невротических расстройств.
3. Коррекция и психопрофилактика неврозов и неврозоподобных состояний.
4. Истерический невроз.
5. Ипохондрический невроз.
6. Невроз навязчивых состояний.
7. Невроз страха. Фобии.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

1. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.: илл.
2. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2002.
3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.:МЕД-пресс, 1998.
4. Мариллов В.В. Частная психопатология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 400 с.

**Дополнительная литература:**

1. Обухов С.Г. Психиатрия/ Под ред. Ю.А. Александровского – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 352 с.

2. Мягков И.Ф., Боков С.Н., Чаева С.И. Медицинская психология: пропедевтический курс. Учебник для вузов. Изд. второе, перераб. и доп. – М.: Логос, 2003. – 320 с.: ил.
3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М.: Медицина, 2002. – 544 с.
4. Психиатрия. Под. Ред. Р. Шейдера. Пер. с англ. – М., Практика, 1998. – 485 с.
5. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006. – 216 с.

#### **Исходный контроль уровня знаний:**

1. Назовите основные критерии психического здоровья.
2. Как влияют индивидуально-психологические особенности переживаний эмоций и чувств на возникновение невротических расстройств?
3. Дайте определение понятию «акцентуации характера». Какие виды акцентуаций вы знаете?
4. Как вы думаете, влияет ли наличие акцентуаций характера на вероятность возникновения невроза?
5. В чем заключается связь невротических расстройств с психосоматическими заболеваниями?
6. Какие факторы могут вызвать возникновение неврозов?
7. Каким образом переживание стрессовой ситуации может повлиять на возникновение неврозов?
8. Как вы считаете, какие факторы могут повлиять на возникновение невротических расстройств у студентов в образовательной среде?
9. Поддаются ли неврозы лечению?

#### **Основные вопросы темы:**

1. Определение понятия «невроз». Этиологические факторы и механизмы формирования неврозов.
2. Основные научные направления проблематики неврозов и неврозоподобных состояний.
3. Классификация неврозов и неврозоподобных состояний.

#### **Итоговый контроль уровня знаний:**

1. Дайте определение понятию «невроз».
2. Назовите основные критерии неврозов по К. Ясперсу.
3. Назовите факторы, которыми определяются характер и форма неврозов.
4. Чем определяется этиология и патогенез невротических расстройств?
5. Назовите основные научные направления проблематики неврозов и неврозоподобных состояний.
6. Назовите основные виды психических травм по Г.К.Ушакову.
7. Перечислите основные клинические формы неврозов.
8. Функциональное, обратимое расстройство, проявляющееся спектром самой разнообразной психогенно обусловленной симптоматики, возникающее при наличии особой личностной структуры, называется \_\_\_\_\_.
9. Дайте определение неврозу навязчивых состояний и назовите его основные виды.
10. Какие виды нарушений существуют при истерическом неврозе?
11. \_\_\_\_\_ возникает на фоне длительной психотравмирующей ситуации у лиц тревожно-мнительных или астеничных, отличающихся повышенным беспокойством за свое здоровье.
12. Основу этого патологического состояния составляет внезапно возникающий и ни с чем не связанный диффузный страх или сильная немотивированная тревога. Какое расстройство имеется ввиду?

13. В клинической картине этого заболевания ведущее место занимает астенический синдром. Больные обычно жалуются на общее плохое самочувствие, упадок физических сил, отсутствие бодрости, разбитость, слабость, непереносимость обычных для них физических и психических нагрузок, выраженное снижение работоспособности. О каком заболевании идет речь?

14. Какие виды неврастения существуют?

## Содержательная часть

### Определение понятия «невроз».

#### Этиологические факторы и механизмы формирования неврозов

Термин «невроз» впервые был введен в повседневную практику Уильямом Кулленом в 1776 г. (W. Cullen 1710-1790). Одновременно, в психиатрический лексикон вошло прилагательное «невротический». Тогда под этим термином подразумевалось «генерализованное поражение нервной системы, которое не вызвано ни какой-либо локализованной болезнью, ни лихорадочным заболеванием».

Из первоначального определения сохранилось только представление о неврозе как психическом расстройстве, лишенном органической основы. В 30-х годах XX-го в. распространение в психиатрии получают идеи З. Фрейда о том, что многие формы невроза имеют ясные психологические причины. По этой причине он назвал их психоневрозами, включая сюда истерию, тревожные состояния и обсессии. Пытаясь установить причины психоневрозов, Фрейд пришел к заключению, что истоки многих из них кроются в тех процессах, которые определяют также развитие личности. Такой ход рассуждения привел к термину «невротический характер», обозначавший личность, природа которой сходна с таковой при неврозах. Взаимосвязь между неврозами и типом личности подчеркивали и другие исследователи (К. Ясперс, К. Шнайдер, Луфборроу). Они считали, что невроз представляет собой реакцию на стресс, возникшую у личности определенного типа. В связи с таким подходом был введен новый термин «патологическая эмоциональная реакция», однако взаимосвязь между типом личности и типом реакции далеко не однозначна.

Достаточно полное определение неврозов, отражавшее взгляды русской психиатрии, дал В.А. Гиляровский: «Неврозы – это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срывы личности в ее общественных взаимоотношениях, вызванные психическими факторами и не обусловленные органическими изменениями, с тенденцией к активной переработке и компенсации».

В этом определении подчеркиваются основные критерии выделения неврозов: психогенный фактор как причина, вегетосоматические проявления, личностный характер и тенденция к переработке возникших нарушений в соответствии с социальной значимостью психической травмы.

**Неврозы** – это обратимые психические расстройства, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов, протекающие с осознанием больными факта своей болезни, без нарушений отражения реального мира, и проявляющиеся в основном психогенно-обусловленными и соматовегетативными расстройствами.

Неврозы являются наиболее распространенной психогенной патологией. В последние десятилетия число больных с невротическими расстройствами неуклонно увеличивается, особенно это относится к экономически развитым странам.

Неврозы развиваются в результате воздействия длительной психической травмы, нередко на фоне переутомления, недосыпания, перенесенного соматического заболевания. Но они не приводят к нарушениям отражательно-познавательной деятельности, грубым изменениям психических функций, не нарушают адаптации больных к жизненной ситуации.

Изменившиеся межличностные отношения повлекли за собой и изменение признаков, например, частые депрессивные состояния. Этим обстоятельством и объясняется рост депрессивных «неврозов» в современном обществе. Основоположник индивидуального подхода в психологии Альфред Адлер, выделяющий невроз в отдельную категорию, писал, что, если цели, которые ставит перед собой человек, или способы их реализации, не соответствуют возможностям человека, эти цели приобретают черты фикции, становясь недостижимыми и невротическими. Невротик, по выражению Адлера, «приколочен к своим фикциям». Симптомы невроза играют защитную роль и являются бегством от реальности. Защищая человека от соприкосновения с жизненными проблемами и не позволяя ему понять секрет своей низкой самооценки, невроз является своеобразной психической компенсацией. Страдающий неврозом может чувствовать себя хорошо в связи с тем, что он «не видит» реальности. По мнению К. Хорни, источником неврозов являются нарушенные межличностные отношения. Хорни, считая, что главной целью неврозов является получение безопасности, ставит во главу угла понятие тревоги и страха. Стремление к безопасности, одна из невротических тенденций, характеризующаяся ригидностью, проявляющейся в стремлении человека получить эту безопасность любым путем. «Шествую» по такому канализированному пути, человек теряет способность видеть нюансы окружающего мира, теряя многое из того, в чем он мог бы участвовать с пользой для сохранения своей психофизиологической ценности.

В отечественной психиатрии всегда преобладали взгляды классической немецкой психиатрической школы на природу неврозов. Невроз рассматривался как вариант реактивного состояния, отвечающего критериям К. Ясперса:

- в основе лежит длительно сохраняющаяся, эмоционально значимая психотравма, подвергающаяся психологической переработке, с формированием и закреплением патологических форм реагирования;

- она звучит в переживаниях больного;

- после дезактуализации психотравмы реактивное состояние исчезает.

Широкое распространение в определении концепции неврозов получила гипотеза динамики невротических формирований, которая основывается на этапности: невротическая реакция, невротическое состояние, невротическое развитие личности. Такой подход объясняет многие клинические закономерности и не противоречит современным научным достижениям.

Условий для возникновения неврозов в настоящее время стало еще больше, чем несколько лет назад. Невротический срыв в принципе возможен у любого человека, однако его характер и форма определяются целым рядом факторов:

1. Факторы биологической природы – наследственность и конституция, перенесенные заболевания, беременность и роды, пол и возраст, особенности телосложения и т.д.

2. Факторы психологической природы – преморбидные особенности личности, психические травмы детского возраста, ятрогении, психотравмирующие ситуации.

3. Факторы социальной природы – родительская семья, сексуальное воспитание, образование, профессия и трудовая деятельность.

4. Общеистощающие вредности – длительное недосыпание, неправильное питание, физические и умственные нагрузки.

Этиология и патогенез невротических расстройств определяются следующими факторами.

**Генетические** – это в первую очередь конституциональные особенности психологической склонности к невротическому реагированию и особенности вегетативной нервной системы. Первые доказаны на основании результатов выполнения психологических тестов (степень нейротизма), вторые определением тенденции вегетативной нервной системы реагировать на стрессовые воздействия. По данным авторов, полная конкордантность определяется у 40% монозиготных близнецов и у 15% дизиготных близнецов.

**Факторы, влияющие в детском возрасте.** Исследования, проводившиеся в этой области, не доказали однозначного влияния, однако невротические черты и наличие невротических синдромов в детском возрасте свидетельствуют о недостаточно устойчивой психике и об отставании в созревании. Особое значение влиянию психотравм раннего детства на формирование невротических расстройств уделяют психоаналитические теории.

**Личность.** Факторы детского возраста способны формировать личностные особенности, которые впоследствии становятся почвой для развития неврозов. Вообще, значение личности в каждом случае как бы обратно пропорционально степени тяжести стрессовых событий в момент начала невроза. Так, у нормальной личности невроз развивается лишь после серьезных стрессовых событий, например неврозы военного времени.

Предрасполагающие черты личности бывают двух видов: общая склонность к развитию невроза и специфическая предрасположенность к развитию невроза определенного типа.

**Невроз как нарушение научения.** Здесь представлены теории двух типов. Сторонники теорий первого типа признают некоторые этиологические механизмы, предложенные Фрейдом, и пытаются объяснить их с точки зрения механизмов научения. Так, вытеснение при этом трактуется как эквивалент научения избеганию; эмоциональный конфликт приравнивается к конфликту приближения – уклонения, а смещение – к ассоциативному научению. Теории второго типа отвергают идеи Фрейда и пытаются объяснить невроз, исходя из понятий, заимствованных в экспериментальной психологии. При этом тревога рассматривается как стимулирующее состояние (импульс), тогда как другие симптомы считаются проявлением усвоенного поведения, подкреплением для которого служит вызываемое ими снижение интенсивности этого импульса.

**Факторы окружающей среды** (условия жизни, труда, безработица и т.п.). Неблагоприятная обстановка; в любом возрасте наблюдается четкая взаимосвязь между психологическим здоровьем и показателями социального неблагополучия, такими как непрестижный род занятий, безработица, бедность домашней обстановки, теснота, ограниченный доступ к благам, таким как транспорт. Вероятно, неблагоприятная социальная обстановка увеличивает степень дистресса, но вряд ли выступает этиологическим фактором в развитии более тяжелых расстройств. Неблагоприятные жизненные события (одна из причин – отсутствие в социальном окружении защитных факторов, а также внутрисемейные неблагоприятные факторы).

Достаточно четко все эти факторы были суммированы в *теории «барьера психической резистентности»* (Ю.А. Александровский) и развитии невротического расстройства в тех случаях, когда этот барьер недостаточен для противодействия психотравме. Этот барьер как бы вбирает в себя все особенности психического склада и возможности реагирования человека. Хотя он базируется на двух (расчленяемых лишь схематично) основах – биологической и социальной, но по существу является их единым интегрированным функционально-динамическим выражением.

**Морфологические основы неврозов.** Доминировавшие представления о неврозах как функциональных психогенных заболеваниях, при которых в мозговых структурах отсутствуют какие-то морфологические изменения, в последние годы подверглись существенному пересмотру. На субмикроскопическом уровне выделены церебральные изменения, сопутствующие изменениям ВНД при неврозах: дезинтеграция и деструкция мембранного шипикового аппарата, уменьшение числа рибосом, расширение цистерн эндоплазматического ретикулума. Отмечена дегенерация отдельных клеток гиппокампа при экспериментальных неврозах. Общими проявлениями адаптационных процессов в нейронах мозга считаются увеличение массы ядерного аппарата, гиперплазия митохондрий, нарастание числа рибосом, гиперплазия мембран. Изменяются показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) в биологических мембранах.

Разнообразные события окружающего мира, лавинообразный поток информации, изменение социального положения и взаимоотношений между людьми – все это влияет на психику человека и вызывает различные формы реагирования на отрицательное воздействие. А при определенных условиях все это может обернуться факторами, создающими дополнительное болезненное напряжение в душевной жизни конкретного человека.

Являясь функциональной патологией, неврозы при адекватной современной терапии, как правило, полностью излечиваются.

## 1. Основные научные направления проблематики неврозов и неврозоподобных состояний

В теоретическом плане сосуществуют научные направления, пытающиеся трактовать невроз как с психологической, так и с биологической (нейрофизиологической) платформ. К тому же западные психотерапевтические школы «новой волны» становятся на антинозологические позиции, предпочитая не выдвигать и не декларировать теоретические постулаты понимания происхождения невротических симптомов и не проводить дифференциальной диагностики между клиническим симптомом и психологическим феноменом. Подобная **антинозологическая платформа** ярче всего может быть продемонстрирована на примере высказывания Джозефа Вольпе о том, что «невроз – это плохая, упорная привычка неадаптивного поведения, приобретенная в процессе научения». Из этого делается вывод, что невроз вряд ли можно относить к клиническим симптомокомплексам и нозологическим единицам, которые должны иметь специфический этиологический агент, закономерности патогенеза (неврозогенеза) и исхода. Антинозологическая платформа сродни в целом антипсихиатрическому подходу к оценке психических проявлений, отраженному в известных высказываниях R.Laing: «Нет никакого смысла противопоставлять «нормальное» и «ненормальное». Пациенты психиатрических клиник не менее «нормальны», чем члены их семейств, а «шизофреногенные семьи» ничуть не отличаются от обычной семьи современного общества. Безумие является характеристикой межличностных отношений, возникающих в зависимости от понятности или непонятности для нас суждений и действий другого человека».

**Нейрофизиологическая научная платформа** базируется на классических представлениях И.П.Павлова, выраженных в следующих абзацах: «Всюду и всегда необходимо идти к физиологическому основанию как в отношении болезнетворных агентов, так и в отношении реакций на них со всеми их последствиями, т.е. переводить всю психогению и симптоматику на физиологический язык ... Могу сказать, что касается до нервной клиники, то почти все здесь наблюдаемые невротические симптомы картины можно понять и привести в связь с нашими патофизиологическими лабораторными фактами».

Столь строго патофизиологический уклон разделяется многими отечественными учеными-неврологами, однако в более современном, смягченном варианте, учитывающем достижения психологических наук и психиатрии. Сегодня в рамках нейрофизиологической платформы принято говорить не об этиологическом значении каких-либо патофизиологических механизмов, а о «церебральной предрасположенности, облегчающей формирование невротической патологии» (В.Б. Захаржевский, М.Л. Дмитриева, В.Х. Михеев). Придается важное значение так называемой ирритирующей триаде (шейный остеохондроз, хронический тонзиллит и хронический холецистит), способствующей возникновению (или проявлению) «не только отдельных синдромов невроза, но и самого невротического заболевания». Несмотря на то, что М.Г. Айрапетянц и А.М. Вейн отмечают существенную и патогенетически значимую роль в неврозогенезе «негрубой органической мозговой предрасположенности» и даже церебральной гипоксии, они с большой осторожностью обсуждают эту проблему. «Еще нет неопровержимых доказательств, – пишут они, – прямого участия системных механизмов мозга (активирую-

щих и синхронизирующих аппаратов) и активности биохимических систем (судим о них по содержанию биологически активных веществ в венозной крови и экскреции с мочой) во взаимодействии психотравмирующей ситуации с особенностями структуры личности и формировании невротического конфликта. Скорее всего, они отражают наличие стрессорной ситуации, характер и интенсивность эмоционального напряжения, а также индивидуальный паттерн реагирования. Вероятно, правильнее говорить о наличии характерных психофизиологических и психогуморальных соотношений при неврозах. Соотнести их прямо с патогенезом заболевания не представляется в настоящее время возможным».

Как видно из представленной позиции, проблема заключается лишь во временном отсутствии четких, «неопровержимых» доказательств корреляции мозговой дисфункции с возникновением невротических расстройств, а отнюдь не в принципиальных теоретических представлениях. Еще более ярко нейрофизиологическая платформа представлена в таких размышлениях ученых: «Существует два принципиальных пути обсуждения: первая позиция – органическая церебральная дефицитарность реально существует, но имеется она и при многих формах патологии и у части практически здоровых лиц, что позволяет считать ее своеобразным эпифеноменом, т.е. отсутствует какая-либо внутренняя и логичная связь между церебральными нарушениями, с одной стороны, и возникновением, появлением и течением невротической патологии – с другой; вторая позиция – следуя за сформулированными В.М. Бехтеревым положениями о связи между различными психическими нарушениями и состоянием органа, осуществляющего психическую деятельность, т.е. головного мозга, пытаться понять наличие определенной взаимосвязи между ними. «Сразу же скажем, – пишет А.М. Вейн, – что мы являемся убежденными сторонниками этой позиции».

Нейрофизиологами подчеркивается важная роль «мягких неврологических симптомов» в патогенезе невротических нарушений, в то время как «грубые крупноочаговые либо диффузные проявления мозговой недостаточности» препятствуют, по их мнению, формированию невротических форм поведения посредством грубой деформации условий жизни и прочих сопутствующих тяжелой неврологической патологии микросоциальных факторов.

Обобщая современное представление о неврозогенезе ученых, стоящих на нейрофизиологической платформе, можно согласиться с Б.Д. Карвасарским, что не вполне обоснованно основа патогенеза неврозов видится нейрофизиологам в расстройстве функций интегративных систем мозга, среди которых, наряду с корой больших полушарий мозга, существенная роль отводится лимбико-ретикулярному комплексу.

Психологическая платформа является на современном этапе преобладающей как в западной психиатрической и психологической литературе, так и в отечественной. Она так же, как и нейрофизиологическая, не монолитна и не единообразна, но содержит анализ значимости для неврозогенеза множества различных психологических параметров. Объединяет последнее представление о принципиальной патогенетической значимости психологической составляющей для возникновения и проявления невротической симптоматики (В.Н. Мясищев). Спектр выделяемых существенных психологических феноменов широк, однако не наблюдается противопоставления одних другим, видимо, исходя из известного высказывания V. Frankl: «Каждому времени присущ свой невроз и нужна своя психотерапия». Это высказывание, дополненное географической характеристикой – месторасположением – и превращенное в: «Каждому времени и месту присущ свой невроз», объясняет сосуществование различных психологических теорий и концепций неврозогенеза. Этот обширный список «правильных» теорий отражает значимость не только психологического, но и социально-психологического аспекта неврозогенеза. Психоанализ S.Freud объяснял не вообще неврозогенез (хотя и претендовал на это), но лишь механизмы происхождения невротических нарушений у молодых женщин австрийских городков конца прошлого века. Ноогенный характер невро-

тических расстройств, описанный V. Frankl, подходил для понимания развития неврозов западноевропейского интеллигента послевоенного времени. Именно подобная многовариантность механизмов неврозогенеза позволила V. Frankl оценить удельный вес ноогенного механизма среди иных. Ученый писал о 20-процентной представленности ноогенного механизма среди многообразия патогенетических концепций.

Учитывая очевидный факт «фрагментарности» западных и отечественных теорий неврозогенеза, отсутствие в них универсального характера (кстати, как и в наиболее популярной в течение многих лет в отечественной клинической психологии и психиатрии теории личности В.Н. Мясищева), следует признать, что идея создания единой теории неврозогенеза носит характер утопичности. Общественный уклад жизни, социально-политические процессы и даже морально-этические и религиозные воззрения людей способны изменять понимание и суть этиологии и в еще большей степени патогенеза неврозов. Именно эта аксиома позволила некоторым ученым вывести невроз за рамки психической патологии.

В настоящее время объединяющими различные психологические подходы к оценке значимых сторон неврозогенеза факторами являются: *психическая травма и преморбидные психологические особенности личности и ее базовых параметров – темперамента и характера.*

**Психической травмой** называется жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Психическая травма как событие или ситуация стоит в ряду иных жизненных ситуаций. Согласно классификации D. Magnusson, существует пять уровней определения ситуации:

1. Стимулы – отдельные объекты или действия.
2. Эпизоды – особые значимые события, имеющие причину и следствие.
3. Ситуации – физические, временные и психологические параметры, определяемые внешними условиями.
4. Окружение – обобщающее понятие, характеризующее типы ситуаций.
5. Среда – совокупность физических и социальных переменных внешнего мира.

К невротическим расстройствам могут приводить как эпизоды и ситуации, так окружение и среда. Психотравмирующими они становятся не только в связи с масштабностью или катастрофичностью. При анализе фактора психической травмы выделяются следующие ее характеристики:

- интенсивность;
- смысл;
- значимость и актуальность;
- патогенность;
- острота появления (внезапность);
- продолжительность;
- повторяемость;
- связь с преморбидными личностными особенностями.

По мнению Г.К. Ушакова, по интенсивности психических травм их нужно делить на:

1) *массивные (катастрофические)*, внезапные, острые, неожиданные, потрясающие, одноплановые:

а) сверхактуальные для личности,  
б) неактуальные для личности (например, природные, общественные катастрофы, интактные для данного индивидуума);

2) *ситуационные острые* (подострые), неожиданные, многопланово вовлекающие личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения);

3) *продолжительные ситуационные*, трансформирующие условия многих лет жизни (ситуация лишения, ситуация изобилия – кумир семьи):

а) осознаваемые и преодолимые,

б) неосознаваемые и непреодолимые;

4) *продолгованные ситуационные*, приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения (истощающие):

а) вызываемые самим содержанием ситуации,

б) вызываемые чрезмерным уровнем притязаний личности при отсутствии объективных возможностей для достижения в обычном ритме деятельности.

В.Н. Мясищев делил психические травмы на *объективно-значимые и условно-патогенные*, подчеркивая тем самым семантическую роль события. Под объективно-значимыми понимаются жизненные события (психические травмы), значимость которых можно считать высокой для подавляющего большинства людей – смерть близкого, развод, увольнение и пр. Условно-патогенными называют события, которые становятся психическими травмами, вызывающими переживания в силу особенностей иерархии ценностей человека (например, потеря марки из коллекции филателиста). Широко распространена в западной психиатрии шкала Holmes-Rahe, с помощью которой каждому жизненному событию приписывается строго определенный и неизменный выраженный в баллах коэффициент. На основании суммы баллов предлагается судить о силе и интенсивности психического воздействия жизненных событий. Так, наивысшее количество баллов за травмирующее влияние приписывается смерти супруга (100 баллов). Далее следуют: развод (73 балла), разлука супругов (65), тюремное заключение (63), смерть родных (63), женитьба (50), примирение супругов (45), выход на пенсию (45). Авторы включили в шкалу стресса даже такие ситуации, как заклад или заем суммы денег. Причем, если заклад или заем не превышает 10 тысяч долларов, то это дает 17 баллов по шкале стресса, а свыше 10 тысяч – 31 балл. На основании простого арифметического подсчета баллов предполагается, что можно в процентах априорно оценить риск возникновения невроза. Шкала Holmes–Rahe, несмотря на очевидную субъективность и недостоверность, до настоящего времени широко используется в научных исследованиях, затрагивающих проблемы неврозогенеза.

Актуальный конфликт, формирующийся на базе психической травмы, по мнению N. Peseschkian, складывается из жизненных событий и микротравм, роль которых выделяется этим автором особенно. К последним относятся, например, такие, как непунктуальность, нечистоплотность, несправедливость, непорядочность, неверность участника коммуникативного процесса. Подобные микротравмы, действуя ежедневно и монотонно, способны вызвать и сформировать невротическую симптоматику. Таким образом, на первый план выдвигаются не столько значимость или интенсивность психотравмирующего воздействия, сколько повторяемость, однотипность и длительность микротравм, которые входят в противоречие с представлениями человека о «правильных качествах» партнера.

По мнению Б.Д. Карвасарского, существуют два подхода к построению классификации невротических конфликтов. К первому относятся попытки феноменологии психотравмирующих обстоятельств и оценки их значимости в неврозогенезе. Однако гораздо большее значение, по мнению многих современных исследователей, представляет классификация по генезу участвующих внутренних личностных механизмов развития конфликтов. В историческом плане интересен подход В.Н. Мясищева, который рассматривал **три основных типа невротических конфликтов: истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический**.

Подобный подход предопределял значимость не столько психической травмы в изолированном виде, сколько базовых психологических параметров личности. Первый из отмеченных типов конфликтов (истерический) определяется чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих. Следует подчеркнуть, что его отличают превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствие критического отношения к своему поведению. В генезе

этого типа конфликта существенное значение приобретают история развития личности и процесс формирования системы ее жизненных отношений. Второй (обсессивно-психастенический) тип невротического конфликта обусловлен противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями. При этом, если даже одна из них и становится доминирующей, но продолжает встречать сопротивление другой, создаются благоприятные возможности для резкого усиления психического напряжения и возникновения невроза навязчивых состояний. Конфликт третьего типа (неврастенический) представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе – с другой. Особенности конфликта этого типа чаще всего формируются в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей индивида.

Как видно из представленной точки зрения, В.Н. Мясичев в неврологическом ракурсе был нацелен на поиск морально-нравственных и социально-психологических характеристик человека, формирующих при встрече с психотравмирующей ситуацией особый, типичный стиль невротического поведения. Учение о трех типах невротического конфликта явилось продолжением и развитием теории системы отношений личности, в которой основной упор делался на изучении *механизмов «продуцирования психических травм»*, бессознательном приписывании тем или иным жизненным событиям психического звучания с последующим аффективно проявлявшимся комплексом внутриличностного конфликта. При этом выделялась роль характерологических особенностей.

При анализе работ психологов и психиатров, нацеленных на выявление **специфических преморбидных психологических особенностей** больных неврозами, отмечается теоретическая и экспериментальная разработка нескольких феноменов и процессов: темперамента, характера, личности, а также отдельных психических функций. На патогенетическую значимость особенностей *высшей нервной деятельности* указывал еще И.П. Павлов. Основными поставщиками неврозов, по И.П. Павлову, являются крайние варианты нормы, прежде всего слабый тип, однако не исключено их возникновение и у представителей сильного типа при значительной выраженности патогенного воздействия. Неврастения возникает у людей со слабым или сильным неуравновешенным (безудержным) и повышенно-тормозным типом, средним в отношении сигнальных систем; истерия – у представителей слабого художественного типа с преобладанием подкорковой деятельности над корковой; психастения (которую И.П. Павлов относил к неврозам) – у людей мыслительного типа с болезненным преобладанием кортикальной деятельности над субкортикальной.

В современной психологической и психиатрической литературе, наряду с темпераментом, большое значение в этиопатогенезе неврозов придается и иным психологическим параметрам человека. Существенными для неврозогенеза являются особенности, в частности *акцентуации характера*. Широкую известность приобрело положение V. Magnan об обратной пропорциональной зависимости между ранимостью нервной системы и массивностью психической травмы, необходимой для развития невроза: чем более ранима (чувствительна), чем больше предрасположена («невропатизирована, психопатизирована») нервная система, тем меньшая интенсивность психической травмы необходима для ее поражения. Б.Д. Карвасарский, рассматривая взаимоотношения особенностей характера (в норме и при патологических формах) и неврозов, считал, что, если в прошлом весьма распространенной была точка зрения, что «поставщиками» неврозов, как правило, являются психопаты, а основные формы неврозов представляют собой декомпенсации соответствующих им типов психопатий (истерия – истероидная психопатия, неврастения – астеническая психопатия, невроз навязчивых состояний – психопатия психастенического круга), то в настоящее время в отечественной психиатрии прочно утвердилось представление, что неврозы могут возникать у лиц, и не

страдающих психопатиями, а также без сколько-нибудь выраженных психопатических черт характера. Если идти по пути сближения психогенных декомпенсаций психопатий с неврозами в узком смысле слова, то, естественно, в случаях психопатий невроз выступает как рецидивирующее заболевание, так как психогенные срывы могут возникать в обычных жизненных условиях, становясь как бы предпочтительным типом реагирования. У человека же без психопатических особенностей невроз может быть и единственным эпизодом в жизни, возникающим, однако, под влиянием действительно патогенной психотравмирующей ситуации,

С представленной точкой зрения согласны далеко не все исследователи. В частности Ю.А. Александровский считает, что существующее в настоящее время разделение неврозов и психопатий на основании характерных для первых из них «психогенности» и «функциональности», а для вторых – «биологичности» и «органичности» носит сугубо относительный характер. Такое разделение имеет значение для описания клинических форм и вариантов пограничных состояний, определения их прогноза, но не является принципиальным для понимания различий в определяющих их патофизиологических механизмах. Эти механизмы являются скорее общими, а не различными и при неврозах, и при психопатиях. Клинические картины, характерные для «истинных неврозов», могут быть обозначены как «невротические синдромы» безотносительно к основному этиопатогенезу заболевания в целом. Чтобы они реализовались, требуется сочетание врожденно-конституциональных, соматогенно-органических и личностно-ситуационных факторов в их различной комбинации.

Если в вопросе о значимости патологической характерологической «почвы» на неврозогенез существуют различные точки зрения, то роль акцентуаций характера выделяется практически всеми учеными. Наличие акцентуаций характера в условиях психотравматизации может стать благоприятной почвой для возникновения неврозов и невротических развития. К тому же отдельным типам акцентуаций характера свойственны определенные формы невротических расстройств. Астеноневротический и лабильный типы акцентуаций предрасполагают в соответствующих условиях к возникновению неврастения; сенситивный, психастенический и реже астеноневротический служат благоприятной почвой для развития обсессивно-фобического невроза. Истерический невроз возникает на фоне истероидной или реже при некоторых смешанных с истероидным типом – лабильно-истероидном, истероидно-эпилептоидном, реже шизоидно-истероидном. Подчеркивая значение выделения понятия «акцентуация характера» для клиники неврозов, А.Е. Личко отмечает, что от типа акцентуации зависят не только особенности клинической картины невроза, но и избирательная чувствительность к определенному роду психогенным факторам, поскольку очевидно, что невротическая декомпенсация может быть облегчена психотравматизацией, предъявляющей чрезмерные требования к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации.

В психологических работах анализом особенностей темперамента и характера исследуются исследования предрасполагающих к неврозам факторов. Если же рассмотрению подвергаются некоторые *личностные качества*, то чаще всего их круг не широк и строго предопределен методико-теоретической базой исследования. В.Н. Мясищев предлагал оценивать степень психотравмирующего влияния ситуации в зависимости от системы отношений личности – ценностных ориентации человека. Было выделено три группы людей в зависимости от сферы жизни, которая, по их мнению, является принципиально важной и в которой сосредоточен «*смысл жизни*». Для каждой из этих групп психические травмы оказались различными. В первой группе людей, ценности которых были сосредоточены *в семье*, психотравмирующим в большей степени становился развод, смерть родственника, болезнь ребенка или родителя, семейные конфликты. Для второй группы людей, ориентированных на *ценности карьеры*, служебного статуса, невроз возникал после таких психотравм, как: увольнение с работы, понижение в должности, двойка на экзамене. Третья группа людей, значимой для кото-

рых являлась *область хобби*, психотравмой становилось, например, утрата коллекции. В некоторых психологических работах было отмечено (А.П. Федоров, Л.Д. Малкова), что у лиц без значительных патологических отклонений и акцентуаций характера имеется особая степень выраженности некоторых преморбидных особенностей темперамента, характера и личности. Для группы больных неврастенией оказались характерными повышенная ответственность и добросовестность в сочетании с высокой чувствительностью к критике. Они отличались хорошей работоспособностью и активностью при наличии высокой интенсивности и продолжительности эмоций и достаточно выраженной тревожности. Наряду с этим в характере больных неврастенией выявлялись низкие показатели уступчивости при средней степени выраженности таких качеств, как решительность, фрустрационная толерантность и адаптивность. Больные истерией и преморбиде отличались завышенной самооценкой, эгоистичностью и эгоцентричностью, относительно высокой активностью, сочетавшейся у них с такими свойствами, как низкая степень решительности и целенаправленности и значительная степень внушаемости и самовнушаемости. У них часто появлялись сочетания выраженной чувствительности и тревожности с лабильностью и импульсивностью. Высокая потребность в контактах и лидерстве сочеталась со средней степенью уступчивости и ответственности. В преморбиде больных неврозом навязчивых состояний обращала на себя внимание прежде всего низкая степень активности, уверенности в себе, решительности, целенаправленности в сочетании с выраженной тревожностью и мнительностью – черты, свойственные психастеническому типу. Характерным для части больных было сочетание повышенной впечатлительности и чрезмерной чувствительности (при склонности к задержке внешних проявлений эмоциональных реакций) и в связи с этим наличие постоянной фиксации больных на значимых для них сложных жизненных обстоятельствах, чему способствовала также повышенная склонность их к самовнушению.

В психологической платформе изучения неврозогенеза можно отметить два направления, по разному оценивающих процесс восприятия и осознания информации и его роль в возникновении невротических нарушений. Первое из них позволительно обозначить как акцентированное на количественных показателях информации, второе – на качественных. К первому следует отнести положение и представление М.М. Хананашвили об «информационной триаде», лежащей в основе невроза. В нее включаются: 1) необходимость обработки и усвоения большого объема высокозначимой информации (включая и необходимость принятия решения); 2) хронический дефицит времени, отведенного на такую работу мозга; 3) высокий уровень мотивации. При наличии «информационной триады» закономерно, с точки зрения М.М. Хананашвили, возникают невроз и разнообразные психосоматические расстройства. По мнению П.В. Симонова, невроз – это «болезнь неведения», что, в противовес представлениям М.М. Хананашвили, отражает позицию о патогенетической значимости отсутствия или малого, недостаточного количества информации – неведения о том, что может случиться с человеком в ситуации конфликта, чего от него ждут окружающие и пр.

В последние десятилетия благодаря работам отечественных психологов (И.М. Фейгенберга, Б.Ф. Ломова, А.В. Брушлинского) стала активно разрабатываться проблема вероятностного прогнозирования и антиципации. Эти работы направлены на оценку общепсихологических закономерностей действия вышеупомянутых механизмов. Давно подмечено, что более сильное психотравмирующее действие могут оказывать неожиданные неприятные сообщения, к которым человек не подготовлен. Поэтому, прежде, чем передать человеку такое сообщение, его стараются как-то подготовить: например, не сообщают сразу о смерти близкого человека, а говорят, что он очень тяжело заболел, что его состояние очень плохое. Для понимания механизма действия неожиданных психических травм много ценного может дать *концепция вероятностного прогнозирования*, поскольку ряд накопившихся экспериментальных данных и повседневные наблюдения свидетельствуют о том, что в мозге человека протекают процессы прогнози-

рования и сличения реально наступившей ситуации с прогнозируемой ситуацией (Н.А. Бернштейн, И.М. Фейгенберг). Они позволяют организму лучше подготовиться к будущим событиям и поэтому имеют большое биологическое значение. В поведении животных и человека, пишет И.М. Фейгенберг, можно найти много примеров вероятностного прогнозирования. Ласточка, ловящая насекомое, не догоняет его, повторяя путь его полета, а летит «наперерез» – не на насекомое (т.е. на раздражитель), а в некоторую точку пространства, где в соответствии с прошлым опытом ласточки она вероятнее всего окажется одновременно с насекомым. Всякое неожиданное изменение ситуации ведет к тому, что наступает рассогласование между имеющейся в данный момент ситуацией, отраженной органами чувств, и той ситуацией, которую ожидал, прогнозировал (предвидел) организм. Чем больше рассогласование (несоответствие) между фактически возникшим сигналом и тем, что прогнозировалось, тем большее количество информации несет этот сигнал, тем более патогенным он может оказаться.

Кроме того, процессы вероятностного прогнозирования и сличения, протекающие в мозге, играют существенную роль в возникновении эмоций, вызванных действием информации. Так, реакция испуга возникает при рассогласовании между фактической ситуацией и прогнозируемой; реакция страха – в результате сличения прогнозируемой ситуации с той ситуацией, которая соответствует потребностям организма; разочарование – при рассогласовании между ожидаемым (прогнозируемым) приятным событием и действительностью.

В психологических особенностях невротиков обращает на себя внимание трудность, а подчас и невозможность предвидеть, прогнозировать всю возможную цепь последующих этапов деятельности в данной ситуации и при данном отношении к ней. Недоразвивается либо редуцируется обратная связь в цельной деятельности, достигшей автоматизации, т.е. естественной неосознаваемости предвосхищения последовательно сменяющихся друг друга этапов предстоящей деятельности.

В настоящее время можно считать доказанной участие механизмов вероятностного прогнозирования и антиципации в этиопатогенезе невротических расстройств, что нашло отражение в **антиципационной концепции не-врозогенеза** (В.Д. Менделевич). Суть ее заключается в рассмотрении этиопатогенеза невротических расстройств в неразрывной связи с антиципационными процессами. Неврозогенез видится как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях, что обусловлено преморбидными особенностями *«потенциального невротика»*, названными антиципационной несостоятельностью. Личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные. В связи с этим, попадая в неспрогнозированную, неблагоприятную и вытесненную в связи с этим из «ситуационного сценария» жизненную коллизию, человек оказывается в цейтноте времени для применения совладающего поведения. И даже, если система психологической компенсации у него функционировала нормально, то в условиях расхождения прогноза и при крайней выраженности эмоциональных переживаний (обиды, разочарования, недоумения), связанных с этой прогностической ошибкой, человек может не использовать потенциальных возможностей к совладанию с ситуацией и заболеет неврозом.

Под вероятностным прогнозированием понимается предвосхищение будущего, основанное на вероятностной структуре прошлого опыта и информации о настоящей ситуации. Прошлый опыт и настоящая ситуация дают основание для создания гипотез о предстоящем будущем, причем каждой из них приписывается определенная вероятность. В соответствии с таким прогнозом осуществляется преднастройка – подготовка к действиям в предстоящей ситуации, приводящим с наибольшей вероятностью к достижению некоторой цели (И.М. Фейгенберг).

Эволюционно-биологический смысл организации вероятностного прогнозирования с наличием порога очевиден: при практически необозримом числе альтернативных ситуаций организм как бы упрощает эту сложную картину среды (В.М. Русалов, ДА. Ширяев). Актуальной для него оказывается некоторая упрощенная модель среды, в которой имеется лишь несколько альтернатив, прогнозируемая вероятность которых больше порога.

В ряду психологических процессов, направленных на предсказание будущего, выделяется три процесса – *вероятностное прогнозирование*, нацеленное на построение беспристрастной математической модели будущего; *экспектация* – ожидание, т.е. эмоционально окрашенное и мотивационно подкрепленное представление о будущем с привлечением характеристик желанное-нежеланное; а также *антиципация*, подразумевающая кроме вышеперечисленных деятельностный аспект. Под антиципацией в психологии понимается способность (в самом широком смысле) действовать и принимать те или иные решения с определенным временно-пространственным упреждением в отношении ожидаемых, будущих событий (Б.Ф. Ломов).

**Клинические проявления невротических расстройств** разнообразны. Они включают сотни психопатологических симптомов и синдромов. Остановимся на наиболее ярких и часто встречающихся в практике клинического психолога и врача общей практики.

**Посттравматическое стрессовое расстройство** возникает как отставленная или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, выходящего за рамки обыденных житейских ситуаций, которые способны вызвать дистресс практически у любого человека. Вначале к таким событиям были отнесены лишь военные действия (война во Вьетнаме, Афганистане). Однако вскоре жизнь предоставила ученым широкое поле для изучения явления, которое перестало быть экзотическим.

Посттравматическое стрессовое расстройство, как правило, обуславливается следующими факторами:

- военными действиями;
- природными и искусственными катастрофами;
- террористическими актами (в том числе взятием в заложники);
- службой в армии;
- отбыванием заключения в местах лишения свободы;
- насилием и пытками.

Типичными признаками психического расстройства у участников перечисленных трагических событий являются эпизоды повторного переживания психической травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), кошмарных сновидений, отчуждение от других людей, утрата интереса к жизни и эмоциональная притупленность, уклонение от деятельности и ситуаций, напоминающих о трагическом событии. Подобное психическое состояние нередко провоцирует иные аномальные формы поведения и ведет к аддикциям, желанию отстраниться от реальности, уйти в мир фантазий и грез с помощью наркотических веществ или алкоголя.

Распространенность посттравматического стрессового расстройства уступает в настоящее время в условиях России социально-стрессовым расстройствам в широком понимании данного термина. Естественно, что количество лиц, подвергающихся прямому физическому и психическому насилию или участвующих в боевых действиях, несравнимо с числом тех, кто испытывает так называемый «*стресс повседневной жизни*» и находится в сложных жизненных ситуациях, не в последнюю очередь обусловленных макросоциальными факторами.

По данным некоторых отечественных психиатров, количество сограждан, нуждающихся в лечебно-консультативной помощи психиатра, психолога или психотерапевта, исчисляется десятками миллионов (Т.Б. Дмитриева). Считается, что наиболее

часты среди социально-стрессовых расстройств: невротические и психосоматические нарушения, делинквентные и аддиктивные формы аномального поведения, донозологические психические расстройства психической адаптации.

Ю.А. Александровским описаны на примере российской действительности характеристики группы социально-стрессовых расстройств, определяемой складывающейся психогенно-актуальной для большого числа людей социально-экономической и политической ситуацией. Их суть заключена в том, что складывающаяся в постсоциалистическом обществе социально-психологическая ситуация приводит к ломке общественного сознания и смене жизненных ориентиров десятков миллионов людей. Развивающиеся вследствие этого массовые проявления состояний психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации, по существу, являются *коллективной психической травмой*, естественной «экспериментальной моделью» социально-стрессовых расстройств. По мнению Ю.А. Александровского, основными причинами и условиями возникновения социально-стрессовых расстройств являются:

- макросоциальные общегрупповые психогении, изменяющие стереотип жизнедеятельности больших контингентов населения;
- социально-стрессовые обстоятельства, носящие хронический, растянутый по времени характер, их динамика непосредственно определяет компенсацию и декомпенсацию невротических нарушений;
- коренное изменение общественных отношений, выходящее за рамки обычного опыта;
- смена системы культуральных, идеологических, моральных, религиозных представлений, норм и ценностей, остававшихся неизменными на протяжении жизни прежних поколений;
- изменение социальных связей и жизненных планов;
- нестабильность и неопределенность жизненного положения;
- ухудшение соматического здоровья;
- усиление декомпенсации невротических и патохарактерологических нарушений под воздействием «биогенного» воздействия экологических вредностей.

Клинически социально-стрессовые расстройства проявляются невротическими симптомами, такими как: вегетативные дисфункции, нарушения ночного сна, астенические и истерические расстройства, панические расстройства; и отклонениями поведения в виде заострения личностно-типологических черт характера, развитием саморазрушающей нецелесообразности поведения, утраты «пластичности общения» и способности приспосабливаться к происходящему с сохранением перспектив, появления цинизма, склонности к антисоциальным действиям.

В современных условиях психика многих людей оказывается недостаточно пластичной для быстрого и адекватного приспособления к стремительно меняющимся условиям жизни, что приводит к развитию разнообразных поведенческих девиаций, связанных с кризисом идентичности. Б.С. Положий выделяет четыре варианта кризиса идентичности, проявляющегося как на донозологическом, так и на нозологическом уровне: *анемический, диссоциальный, негативистический и магический*.

Под аномическим вариантом кризиса идентичности понимается поведение людей, характеризующееся утратой жизненного тонуса, прежних интересов, снижением активности и целеустремленности, своеобразной аутизацией, доминированием тревожно-депрессивного фона настроения, неверием в собственные силы, ощущением своей малозначимости, неспособности противостоять коллизиям судьбы.

Диссоциальный вариант кризиса идентичности выражается такими свойствами, как: стремление к агрессивному поведению по отношению к лицам, высказывающим несопадающую с их точку зрения, абсолютная нетерпимость к окружающим, доминирование угрюмо-злобного аффекта, сочетающееся с легкой внушаемостью.

Негативистический вариант кризиса идентичности проявляется, в первую очередь, упрямством, нарочитым недовольством всеми и вся, скептически-пессимистической

оценкой происходящего, уклонением от любой активности по декларируемой причине безрезультатности какой-либо деятельности.

В магический вариант кризиса идентичности входят такие поведенческие проявления, как: бурный всплеск интереса ко всему необъяснимому, иррациональному, мистическому, переключение всей деятельности (даже в ущерб себе и близким) на активность в сфере поиска истины, разгадки тайн бытия.

### **Классификация неврозов и неврозоподобных состояний**

В международной классификации болезней 8-го (МКБ) пересмотра (1978) неврозы выделены в раздел 300, который включает следующие шифры: 300.0 – невроз страха; 300.1 – истерический невроз; 300.2 – фобии невротические; 300.3 – обсессивно-компульсивный невроз; 300.4 – деперсонализационный синдром; 300.7 – ипохондрический синдром; 300.8 – другие неврозы; 300.9 – неуточненные неврозы.

По мнению Г.К. Ушакова (1978), «эта классификация отличается клинической непоследовательностью и, в частности, разными трактовками термина «невроз».

В последующих международных классификациях болезней 9 и 10 пересмотров были введены некоторые новые рубрики, сужены границы шизофрении, психические заболевания объединены с неврозами и неврозоподобными состояниями. Основная часть функционально и органически обусловленной психической патологии в МКБ-10 с точки зрения традиционной психиатрии представлена в виде синдромальных рубрик. Сравнивая последние две международные классификации 9 и 10 пересмотров, можно отметить, что последняя значительно больше по объему. В МКБ-9 использовались цифровые коды (001-999), тогда как в МКБ-10 принята буквенно-цифровая схема кодирования, основанная на кодах с одной буквой, за которой следует две цифры (A00-Z99). Это значительно расширило число категорий, используемых для классификации.

В посвященной психиатрическим расстройствам главе МКБ-9 было только 30 трехзначных категорий (290-319), а глава V в МКБ-10 содержит 100 таких категорий. Часть этих категорий остается пока неиспользованной, что позволяет вносить изменения в классификацию, не переименовывая всей системы.

С точки зрения Д.А. Каменецкого, основной группой болезней в классификации неврозов должны быть следующие клинические формы:

1. Неврастения:
  - а) неврастения гипостеническая;
  - б) неврастения гиперстеническая;
  - в) неврастения ипохондрическая;
  - г) неврастения депрессивная;
  - д) неврастения с навязчивостями;
2. Истерия:
  - а) истерия демонстративная;
  - б) истерия псевдопаралитическая;
  - в) истерия с навязчивостями;
3. Психастения:
  - а) психастения тревожно-мнительная;
  - б) психастения с навязчивостями;
4. Невроз навязчивых состояний;

5. Неврозы ложные или псевдоневрозы – это группа функциональных болезненных расстройств, причинами которых являются любые другие, не психогенные факторы. Скорее всего, этими факторами являются соматические заболевания, которые либо сами для больных становятся психотравмирующими, либо они вызывают помимо соматических признаков болезни целый ряд невротических картин. Эта группа неврозов остается малоизученной, что затрудняет классификацию. Каменецкий считает, что даль-

нейшее углубленное изучение этой группы болезней поможет правильно их классифицировать.

На основных видах неврозов и неврозоподобных состояний остановимся более подробно.

**Неврастения.** Это заболевание описано в 1869 г. американским врачом Beard у мужчин, выполнявших на конвейерах однообразные операции по сборке определенных деталей в течение 10–12 часов в сутки. Отсюда автор сделал два ложных вывода: что эта болезнь сугубо американская («болезнь американского образа жизни») и что она поражает только мужчин. Тем не менее эти выводы были адекватны в момент описания неврастении, потому что наибольшая интенсивность организации труда в это время была в США и на поточных линиях работали только мужчины.

В последующем многочисленными исследователями, в том числе и отечественными, было показано, что этот вид невроза встречается во всех странах и им страдают, хотя и реже, женщины.

Тем не менее, в настоящее время все-таки считается, что неврастения поражает предпочтительно мужчин в возрасте 20–40 лет в условиях истощающих умственных и физических нагрузок, длительного переутомления, личных переживаний и других хронических конфликтов, из которых больной не может найти адекватный выход.

В клинической картине этого заболевания ведущее место занимает астенический синдром. Больные обычно жалуются на общее плохое самочувствие, упадок физических сил, отсутствие бодрости, разбитость, слабость, непереносимость обычных для них физических и психических нагрузок, выраженное снижение работоспособности. Отмечаются также явления раздражительной слабости: быстрая и бурная эмоциональная реакция на тот или иной раздражитель в условиях психотравмирующей ситуации, но в то же время ее кратковременность и наступающая за ней редкая слабость. Один из постоянных симптомов неврастении – головные боли. Они весьма изменчивы и многообразны (сдавление, как бы стягивание обручем, перекручивание, жжение, покалывание в разных частях головы, ощущение «несвежей головы», «боль пульсирует, бьет в виски») и имеют тенденцию к усилению при умственной нагрузке или изменении барометрического давления. Кроме того, эти ощущения значительно усиливаются при волнениях, неприятных переживаниях, при необходимости принять решение в конкретной ситуации.

Больные часто жалуются на невозможность запоминания и крайне плохую память, чрезмерную забывчивость. Однако по существу это не нарушения собственно памяти, а снижение запоминания за счет недостатка активного внимания, рассеянности, невозможности сконцентрировать внимание. Весьма характерны для больных выраженная лабильность эмоций, слабодушие, эмоциональная гиперестезия. Они легко плачут, умиляются, не могут без слез смотреть сентиментальные фильмы или слушать классическую музыку. По любому незначительному поводу приходят в состояние необоснованного оптимизма, экзальтации, так же легко впадают в уныние, неверие в себя, «меланхолию». И так несколько раз в день. В то же время они становятся крайне обидчивыми, расстраиваются из-за пустяков. Настроение больных неврастенией чаще пониженное, иногда с примесью тревоги или страха, но всегда безрадостное. Весьма характерны для этого вида патологии и различные вегетативные нарушения: лабильность пульса, колебания артериального давления со склонностью к гипотонии, гипергидроз, одышка, не связанная с недостаточностью кровообращения, гастралгии, запоры или, наоборот, поносы, или же чередование запоров с поносами. Вегетативные нарушения обычно усиливаются при эмоциональном напряжении и воздействии дополнительных стрессоров. При улучшении же общего состояния больных и ослаблении невротических проявлений вегетативная симптоматика быстро исчезает.

Типичным для этого заболевания является нарушение цикла «сон–бодрствование» (сонливость днем, бессонница или тревожный, поверхностный сон ночью). Очень час-

тым симптомом неврастении является снижение либидо и потенции у мужчин. В группе больных с психогенной импотенцией львиную долю составляют больные неврастенией. Нередко наблюдаются расстройства терморегуляции (длительный субфебрилитет) и нарушения эндокринной системы (дисменорея).

Выделяют гиперстеническую (раздражительную) и гипостеническую (депрессивную) неврастению. Для гиперстенической формы характерны повышенная раздражительность, гиперчувствительность к внешним раздражителям, склонность к аффективным реакциям, нарушение концентрации внимания, поверхностный сон, интенсивность головной боли. Для гипостенической формы более характерны снижение работоспособности, хроническая усталость, вялость, сонливость днем, снижение интересов и мотиваций, быстрая истощаемость при любой физической или психической деятельности.

Однако разделение неврастении на гиперстеническую и гипостеническую формы условно, ибо нередко у одного и того же больного присутствуют симптомы как одной, так и другой формы. Течение неврастении колеблется от нескольких месяцев до нескольких лет, особенно если патогенные факторы продолжают действовать. Симптомы неврастении чаще нарастают постепенно. В легких случаях проявления неврастении преходящие, эпизодические. Однако возможно и протрагированное, затяжное течение этого невроза. При снятии психотравмирующей ситуации, вызвавшей это расстройство, неврастения может пройти без всякого лечения. В большинстве случаев прогноз неврастении благоприятен.

**Истерический невроз.** Истерический невроз – это функциональное, обратимое расстройство, проявляющееся спектром самой разнообразной психогенно обусловленной симптоматики, возникающее при наличии особой личностной структуры. К особенностям последней относятся большая внушаемость и самовнушаемость, повышенный эгоцентризм, постоянное стремление быть в центре внимания, эмоциональная лабильность, аффективная незрелость с признаками психического инфантилизма.

Это психопатологический симптомокомплекс, включающий в себя полиморфные функциональные психические, соматические и неврологические расстройства. Истерическое состояние чаще развивается у женщин с истерическими чертами характера и признаками психического инфантилизма (несостоятельность и несамостоятельность суждений, крайний эгоцентризм, эмоциональная незрелость, аффективная лабильность, легкая возбудимость, повышенная впечатлительность).

Следует подчеркнуть, что истерический синдром, особенно его первичные проявления, всегда развивается в молодом возрасте при отсутствии отчетливых органических расстройств в пораженном органе. Истерические расстройства могут иметь преходящий, кратковременный характер с продолжительностью симптомов от нескольких минут до 10 дней и более и относительно постоянный характер, когда симптомы сохраняются на протяжении нескольких недель, месяцев и даже лет. На этом основании часто выделяют острые и хронические истерические неврозы, хотя четких критериев такого разграничения нет.

Клинические проявления истерического невроза весьма разнообразны. С известной долей условности истерические симптомы можно разделить на четыре типа реакций: вегетативные, двигательные, сенсорные и психические.

**Вегетативные нарушения** весьма полиморфны, красочны, драматичны и затрагивают многие органы и системы человека. Чаще всего отмечаются расстройства деятельности желудочно-кишечного, тракта: истерическая потеря вкуса потребляемой пищи, при которой больной не может отличить сладкое от соленого или горького, – «вся пища безвкусна, как трава»; истерическая тошнота и рвота; звучная отрыжка воздухом; трудности глотания твердой, а иногда и жидкой пищи (дисфагия); полное отсутствие аппетита (анорексия); гастралгии (псевдоболевые ощущения в желудке, имитирующие язвенную боль); метеоризм, истерические поносы и запоры. Описаны также истерическая одышка, боли в сердце, сердцебиение, мнимая беременность, мнимая смерть, ви-

карные кровотечения (когда у женщин во время менструации на ладонях и ступнях ног выступает кровь, это отмечается у католических фанатичек, «переносящих» на себя боль Христа при его распятии). Постоянно при этом состоянии ощущение кома в горле (*globus hystericus*). Особый интерес представляет истерическая беременность, которая может «подражать» почти всем признакам нормальной беременности. Клиническая картина этого истерического феномена достаточно типична: аменорея или дисменорея, тошнота и рвота, пигментация сосков, нагрубание молочных желез, иногда даже выделение молока, увеличение объема живота вследствие вздутия кишечника, задержки газов и отложения жира в брюшной стенке, ощущение движения плода и даже болезненных родовых схваток (в результате усиления перистальтики кишечника или его спазма), походка и осанка, характерные для беременных. Известны случаи «отхождения околоплодных вод», которые на самом деле оказались мочеиспусканием. Мнимая беременность нередко отмечается у женщин, страстно желающих иметь детей, но по какой-то причине неспособных забеременеть или полноценно выносить ребенка.

Кроме того, из истерических дисфункций вегетативной нервной системы в литературе есть описания истерической икоты, кашля, часто сочетающегося с чиханием и зеванием, заглатывание воздуха (истерическая аэрофагия), полиурия, или задержка мочи.

**Двигательные расстройства** проявляются в виде разнообразных параличей, парезов, гиперкинезов, контрактур, истерических припадков, явлений астазии–абазии (невозможность ходить при отсутствии органической патологии опорно-двигательного аппарата). Больной с астазией–абазией не может самостоятельно стоять и ходить, хотя сила и тонус мышц, чувствительность и координация у него сохранены. Он может самостоятельно подняться и встать, но не в состоянии ни стоять без посторонней помощи (падает назад или вбок), ни сделать даже одного шага. При меньшей выраженности астазии–абазии чаще всего отмечается балансирующая или прыгающая походка.

Описаны также различные варианты так называемой истерической походки: а) зигзагообразная походка, движение по ломаной линии, напоминающей букву Z; б) привлекающая походка – волочение конечности с характерным поворотом стопы внутрь с опорой на пятку или основание большого пальца или, что бывает реже, волочение конечности, касаясь пола дорзальной стороной пальцев; в) ходульная походка – на жестко выпрямленных и слегка раздвинутых ногах, напоминающая ходьбу на ходулях или движения робота; г) скользящая походка – выдвигание конечности вперед со скольжением подошвы по полу, как коньков на катке; д) коленопреклоненная походка – ходьба на полусогнутых ногах; е) балансирующая походка – наклоны, покачивание из стороны в сторону, как будто трудно сохранять равновесие; ж) прыгающая, танцующая походка.

Особую группу истерических двигательных дисфункций, при которых происходит избирательное расстройство, вплоть до невозможности выполнения некоторых усвоенных профессиональных действий, составляют так называемые *профессиональные дискинезии*. К ним относится достаточно распространенный писчий спазм. Сущность этого расстройства заключается в затруднении или невозможности писать при полном сохранении функции кисти при других действиях. Часто отмечается у скрипачей, пианистов, виолончелистов, машинисток, стенографисток, художников и т.д.

К категории двигательных дисфункций относят также истерические расстройства речи в виде афонии, шепотной речи, охриплости, а также так называемое истерическое щебетание. Реже отмечается истерическая немота. Еще реже отмечается истерическое заикание. Описаны также истерические параличи век, в связи с чем невозможно открыть глаза, а также истерический блефароспазм – двусторонний спазм круговых мышц глаза, препятствующий открытию век.

В отличие от органических истерические гиперкинезы зависят от эмоционального состояния, видоизменяются по механизму подражания, сочетаются с необычными позами и другими истерическими симптомами (например, с комом в горле и др.), временно исчезают или ослабевают при переключении внимания или под влиянием психоте-

рапии. Истерические припадки отличаются от эпилептических своей демонстративностью, возникают в условиях психотравмирующей ситуации и, как правило, в присутствии зрителей, не сопровождаются глубоким нарушением сознания и последующей амнезией, при них нарушена закономерность смены тонической и клонической фаз, они длятся значительно дольше эпилептических, больные помнят о случившемся с ними.

**Сенсорные нарушения** проявляются расстройствами чувствительности в виде анестезии, гипостезии, гиперстезии с болевыми ощущениями в различных частях тела. Нарушения кожной чувствительности чаще всего локализуются в области конечностей по ампутационному типу в виде чулок или перчаток, при этом они не соответствуют зонам иннервации. Истерические алгии локализуются в различных частях тела: головные боли по типу стягивающего обруча, боли в суставах, спине, конечностях, в области живота. Такие боли нередко становятся причиной ошибочных хирургических диагнозов и даже полостных операций (синдром Мюнхгаузена, синдром Альбатроса). Сенсорные нарушения также проявляются в виде истерической слепоты или истерической глухоты. На практике они настолько интимно связаны с вегетативными истерическими проявлениями, что их невозможно отличить друг от друга.

**Психические нарушения** истерического генеза весьма многообразны и изменчивы. Для них характерны яркость, театральность, нарочитость, оттенок инфантилизма. В рамках этих нарушений описывают истерические иллюзии и галлюцинации, а также истерические амнезии, вплоть до тотальной амнезии.

Такое разделение истерических реакции, повторимся, весьма условно. В психиатрической, да и соматической практике (в последней даже больше) часто встречается «салат истерических симптомов» из разных групп.

В целом можно считать, что страдающие истерическим неврозом умело манипулируют окружающими с помощью своих симптомов заболевания. Истерия может подражать почти всем симптомокомплексам, которые известны современной медицине. Поэтому не без основания Babinski (1934) называл истерию «великой симулянткой».

В то же время следует подчеркнуть, что истерия времени Шарко видоизменилась, современная истерия «рядится в одежды ипохондрии». Сейчас почти не встречаются «обмороки» благородных дам, характерные для героинь романов классической русской литературы. Современные умные истерические особы предпочитают не падать в обмороки, а страдать «тяжелым, неизлечимым недугом», в котором «не могут разобраться самые именитые профессора». Для пациентов характерна тенденция всегда быть и желать быть в центре внимания. Эмоции таких больных весьма лабильные с бурным проявлением чувств, всегда гипертрофированных. Они не признают средних, умеренных эмоций и если любят, то обязательно «до гроба», если вы потакаете капризам такой больной, то вы лучший человек на свете. Однако стоит вам усомниться в ее заболевании или хоть раз скептически отнестись к ее «талантам», вы тут же превращаетесь в крупнейшего негодяя страны и вас начинают «ненавидеть до гроба всеми фибрами души». Вообще быстрая смена симпатии и антипатии и утрированная претенциозность – типичная черта истерических личностей. Мимика, жесты больных и все их поведение искусственны, жеманны, театральны, крайне демонстративны и всегда рассчитаны на публику. Содержание речи всегда драматично с излишней аффектацией, сообщаемые факты преувеличены, часто желаемое выдается за действительное. Иногда больные сообщают заведомо вымышленные факты, в которые в последующем, за счет самовнушения, начинают верить и искренне недоумевают, когда их ловят на лжи (псевдология фантастики). У них, кроме того, весьма завышен уровень притязаний – они претендуют на гораздо большее, чем позволяют их возможности и способности. В целом такие больные живут по принципу: лучше казаться, чем быть.

**Невроз навязчивых состояний.** Формируется, как и все неврозы, на фоне хронической психотравмирующей ситуации как у психически здоровых людей, так и у субъектов с психопатической (психастенической) конституцией. Предрасполагающими фак-

торами при формировании этого невроза являются такие личностные особенности, как повышенная тревожность, мнительность, нерешительность, неуверенность в себе, склонность к постоянным сомнениям по любому пустяку, пониженная самооценка. Однако этот вид невроза может развиваться и при иных аномалиях характера. По преобладанию тех или иных навязчивостей с известной долей условности эта патология разделяется на **фобический невроз** (в клинике преобладают навязчивые страхи), **компульсивный невроз** (навязчивые влечения и навязчивые действия, т.е. компульсии) и **обсессивный невроз** (разнообразные навязчивые мысли, идеи и представления, т.е. обсессии). Нередко, особенно в англоязычной психиатрии, эти разновидности невроза навязчивости называют **обсессивно-компульсивным неврозом**.

Невроз навязчивых состояний обычно начинается с общеневротических нарушений, характерных для неврастения, и на начальных этапах клинически неотличим от последней. Однако в отличие от неврастения к комплексу общеневротических нарушений быстро присоединяются **навязчивые страхи (фобии)** – это мучительное и чрезвычайно интенсивное переживание страха тех или иных обстоятельств или явлений при критическом отношении к ним и попытки бороться с этим чувством.

Навязчивости (обсессии) как бы навязываются помимо воли человека, избавиться от них усилием воли он не может. Некоторые навязчивости, например навязчивые мысли, иногда могут эпизодически появляться и у психически здоровых людей. Они часто связаны с переутомлением, иногда возникая после бессонной ночи, и обычно носят характер навязчивых воспоминаний (какой-либо мелодии, строчки из стихотворения, числа, имени и т.д.).

Навязчивые явления вообще и при неврозе навязчивых состояний в частности условно разделяются на две группы:

1. **Отвлеченные, или аффективно-нейтральные**, т.е. протекающие без аффективных реакций навязчивости. К ним относятся навязчивый счет, бесплодное мудрствование, навязчивые действия.

2. **Образные, или чувственные, навязчивости**, протекающие с выраженным аффектом. Это контрастные представления (хульные мысли, навязчивые чувства антипатии к близким людям, навязчивые влечения), навязчивые сомнения, навязчивые страхи и т.д.

Навязчивые состояния отличаются от сверхценных и бредовых идей тем, что больной с критикой относится к своим навязчивостям, расценивая их как нечто чуждое его личности. Кроме того, и это чрезвычайно важно, больной всегда пытается бороться со своими обсессиями. В отличие от бреда они обычно носят непостоянный характер, часто возникая эпизодически, как бы приступами.

Навязчивые состояния встречаются не только при неврозе навязчивых состояний, но и при других невротических расстройствах, а также при психопатиях тормозимого круга, аффективных расстройствах (главным образом при депрессиях) и при некоторых психозах (например, при неврозоподобной шизофрении).

В динамике невроза навязчивых состояний, как показано в исследовании Н.М. Асатиани (1966), можно выделить три стадии: на первой навязчивый страх возникает только в ситуации, которой больной боится, на второй – при мысли оказаться в ней, на третьей – условным раздражителем является слово, каким-то образом связанное с фобией (при кардиофобии – «сердце», при клаустрофобии – «лифт» или «каюта» и т.д.).

Невроз навязчивых состояний при адекватном лечении может заканчиваться через несколько месяцев полным выздоровлением, но иногда приобретает и затяжное течение с постепенным утяжелением симптоматики. При затяжном течении невроза навязчивых состояний, так же как и при других затяжных неврозах, помимо утяжеления основной симптоматики возможно развитие депрессивных расстройств и истерических форм реагирования. Затяжной невроз навязчивых состояний в действительности (по данным отдаленного катамнеза) оказывается проявлением неврозоподобной (псевдо-невротической) шизофрении.

**Ипохондрический невроз.** Ипохондрический невроз, как и все прочие неврозы, возникает на фоне длительной психотравмирующей ситуации у лиц тревожно-мнительных или астеничных, отличающихся повышенным беспокойством за свое здоровье. Под ипохондрией понимается болезненная сосредоточенность внимания на своем здоровье, со склонностью приписывать себе заболевание по незначительному поводу. Это утрированная озабоченность своим здоровьем, которая проявляется в значительном преувеличении тяжести его или же в переживании тяжелого заболевания, которого на самом деле нет. При этом пациенты («мнимые больные») постоянно прислушиваются к своим внутренним ощущениям, и, если появилось где-нибудь какое-то покалывание или иное телесное ощущение (в том числе и сенестопатическое), у больного мгновенно возникает версия об очередном смертельном заболевании. Убеждения врачей об отсутствии этого заболевания не достигают цели, а иногда и служит доказательством обратного.

Пациенты с ипохондрическими переживаниями постоянно посещают врачей различных специальностей, требуют все новых и новых консультаций и дополнительных обследований, жалуются на врачей, которые не подтверждают их подозрения, обвиняют в низкой квалификации, нередко преследуют и проявляют агрессию к врачам. Разуверившись в медицине они нередко месяцами, а иногда и годами «лечатся» у экстрасенсов, знахарок, колдунов и прочих народных целителей или же занимаются самолечением «народными методами» (урилотерапия, дозированное голодание, лечение утренней росой и т.д.).

Ипохондрические переживания могут носить навязчивый характер. При этом больного одолевает постоянное сомнение, не страдает ли он тем или иным соматическим заболеванием. Понимая абсурдность этих переживаний, пациент тем не менее избавиться от них усилием воли не может.

Поводом для появления ипохондрических идей могут стать также рассказы о чьей-либо болезни или смерти, незначительное соматическое заболевание, перенесенное больным, или возникшие у него вегетативные нарушения (тахикардия, потливость и т.п.) после, например, алкогольной интоксикации или неумеренного употребления кофе или чая. Тревога у некоторых эмоционально-лабильных личностей может вызывать такие компоненты эмоции страха, как сердцебиение, стеснение в груди, сухость во рту, тошнота, понос и др. Эти проявления, в свою очередь, могут явиться поводом для ипохондрической переработки.

Весьма характерны для ипохондрического невроза психогенно обусловленные болевые или сенестопатические ощущения. Ипохондрические расстройства могут возникать и в структуре депрессий. При этом на фоне пониженного настроения и различных неприятных соматических ощущений в теле (что весьма типично для депрессии) у больного постепенно или внезапно по типу озарения формируется убежденность в наличии тяжелого и, как правило, неизлечимого заболевания (СПИД, рак, проказа). Это и служит поводом для «марафона по врачам». Подозрение на наличие у больного психического заболевания возникает у врачей общего профиля очень поздно, лишь после серии многочисленных обследований и анализов, когда контраст между субъективными жалобами и объективными данными проведенных анализов становится очевидным. При этом всегда обнаруживается линейная корреляция между интенсивностью ипохондрических расстройств и выраженностью депрессии

**Невроз страха.** Невроз страха (тревожный невроз – anxiety neurosis) составляет 12–15% всех форм неврозов и встречается у 1 из 300 жителей, причем у мужчин и женщин с одинаковой частотой (Н.Р. Laughlin, 1956). Основу этого патологического состояния составляет внезапно возникающий и ни с чем не связанный диффузный страх или сильная немотивированная тревога. Возникнув, это чувство не покидает больного в течение всего дня и держится нередко неделями или месяцами. Страх или

тревога первичны и психологически понятным образом невыводимы из других переживаний. Состояние страха может периодически резко усиливаться, сменяясь приступами ужаса с ожиданием смерти от «катастрофы в организме». В связи с доминированием чувства тревоги или страха больные жалуются на повышенную возбудимость, аффективную неустойчивость, трудности концентрации внимания и его переключения. Чаще всего они тревожны, ажитированы, постоянно ищут помощи. Нередко у них отмечаются тягостные, неприятные ощущения в области сердца или эпигастрия, придающие чувству страха витальный оттенок.

Считается, что в развитии невроза страха важная роль принадлежит генетическим факторам (частота этого невроза среди родственников составляет 10–15%). Однако для реализации наследственного предрасположения в клинически оформленные симптомы невроза необходимо действие средового стресса. Причиной болезни могут быть сильное психическое потрясение, а также менее резко, но более длительно действующие психотравмирующие факторы, ведущие к возникновению конфликта (сосуществованию противоречивых стремлений).

Нередко невроз страха переходит в ипохондрический невроз, при этом страхи теряют диффузность и остроту и объясняются наличием той или иной патологии в определенном органе или системе.

Продолжительность невроза страха чаще всего от 1 до 6 месяцев, иногда болезнь принимает затяжное течение и может длиться годами. Чаще всего этот невроз принимает затяжное течение в инволюционном периоде. Особенно легко невроз страха возникает у детей. Он чаще всего встречается у детей младшего возраста или детей инфантильных, с задержкой умственного развития. Заболеванию у них могут вызывать новые, необычного вида раздражители (страшная маска, нападение собаки и т.д.), резкий звук и внезапный яркий свет. В момент испуга у детей часто отмечаются кратковременные ступорозные состояния с мутизмом или состояния резкого психомоторного возбуждения с дрожанием. Далее обнаруживается страх перед испугавшим раздражителем или тем, что с ним связано. У маленьких детей может наступить утрата ранее приобретенных умений и навыков, например утрата функций речи, навыков опрятности, умения ходить.

Прогноз заболевания при адекватной терапии в большинстве случаев благоприятен.

## Практическая часть

1. Симптоматический опросник Александровича.
2. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич).

### Симптоматический опросник Александровича

**Инструкция испытуемому.** Вопросы этого опросника касаются недомоганий и трудностей, которые часто встречаются при неврозах (F40-F48). Информация о том, какие из них проявлялись в течение последней недели, позволит лучше понять, что беспокоит Вас в настоящее время.

Просим Вас внимательно прочесть каждый вопрос и отметить тот из ответов, который наиболее полно соответствует степени, в какой то или иное недомогание беспокоит Вас.

Если за этот период недомогание вообще не проявлялось, обведите кружком знак «0».

Если проявлялось, но лишь незначительно тяготило – обведите кружком цифру «1».

Если было средней тяжести – обведите кружком цифру «2».

Если очень тяготило – обведите кружком цифру «3».

Пожалуйста, отвечайте на вопросы по возможности быстрее.

Перечень недомоганий:

1. Страх, постоянно появляющийся во время пребывания на балконах, мостах, на высоте и т.д.
2. Чувство печали, угнетенности.
3. Сдавленность, чувство как бы кома в горле.
4. Постоянное чувство беспричинной тревоги.
5. Частые слезы.
6. Чувство усталости, слабости после пробуждения утром, проходящее в течение дня.
7. Чувство, будто знакомые предметы стали странными и чужими.
8. Рвота в ситуациях нервного напряжения.
9. Плохое самочувствие в местах скопления людей.
10. Кожный зуд, быстро появляющаяся и исчезающая сыпь.
11. Многократная, затрудняющая жизнь проверка, всё ли правильно сделано (закрыта ли дверь, выключен ли газ и т.д.).
12. Судороги в мышцах, появляющиеся при выполнении только определенных действий (например, судороги в пальцах при письме, игре на музыкальных инструментах и т.д.).
13. Головокружение.
14. Недостаток самостоятельности.
15. Чувство мучительного внутреннего напряжения.
16. Обнаружение у себя признаков различных серьезных заболеваний.
17. Навязчиво появляющиеся, мешающие упорные мысли, слова, представления.
18. Страшные сны, ночные кошмары.
19. Учащенное, сильное сердцебиение, не вызванное физическим усилием.
20. Страх или другие неприятные переживания, постоянно возникающие, когда вокруг нет людей (например, в пустой квартире).
21. Сильное чувство вины, самообвинение.
22. Потеря чувствительности кожи в какой-либо части тела.
23. Парализующий необъяснимый страх, делающий невозможным какое-либо действие.
24. Глубокое, интенсивное переживание неприятных событий.
25. Ухудшение памяти.
26. Чувство, будто мир, окружение как бы скрыто туманом.
27. Головная боль, мешающая что-либо делать.
28. Мучительное чувство одиночества.
29. Вздутие живота, непроизвольное выделение газов.
30. Многократное повторение одних и тех же ненужных или бессмысленных действий.
31. Заикание.
32. Ощущение прилива крови к голове.
33. Затрудняющая жизнь неуверенность в себе.
34. Рассеянность, мешающая деятельности.
35. Отнимающие много времени действия и процедуры (ритуалы), целью которых является избежать болезни.
36. Постоянная борьба с навязчиво возвращающимися мыслями о желании нанести кому-либо вред, оскорбление и т.д.
37. Трудности засыпания.
38. Боли в сердце.
39. Страх, постоянно возникающий при нахождении в движущемся транспорте.
40. Потеря веры в свои силы.
41. Кратковременная обездвиженность, невозможность двигать руками или ногами.
42. Приступы панического ужаса.
43. Подверженность сильным, глубоким переживаниям.

44. Чувство, будто мышление значительно затруднено и менее ясно, чем обычно.
45. Сухость во рту.
46. Избегание людей, даже близких знакомых.
47. Обмороки.
48. Не поддающаяся контролю внутренняя необходимость выполнения ненужных движений (например, многократного ненужного мытья рук, прикосновения к чему-либо...).
49. Резкие, произвольные движения (тики).
50. Отсутствие аппетита.
51. Беспомощность, жизненная «неумелость».
52. Нервность, хаотичность в движениях, снижающая эффективность действий.
53. Постоянная концентрация внимания на телесных функциях (например, на работе сердца, пульсе, пищеварении и т.д.).
54. Возникающие против воли навязчивые мысли непристойного или кощунственного содержания.
55. Приступы голода (например, необходимость еды ночью).
56. Чувство тепла и (или) холода без видимой причины.
57. Страх, появляющийся всегда во время нахождения на открытом пространстве, например, на большой площади.
58. Желание покончить с собой.
59. Периодические нарушения зрения и слуха.
60. Беспокойство.
61. Невозможность сдерживать свои чувства, невзирая на последствия.
62. Трудности в концентрации, сосредоточении внимания.
63. Понос.
64. Чувство стыда и скованности в присутствии лиц противоположного пола.
65. Страх и (или) другие неприятные переживания, появляющиеся только во время пребывания в закрытых помещениях.
66. Замедленность движений и мыслей, апатия.
67. Невозможность издать звуки, немота, внезапно появляющаяся и исчезающая.
68. Запоры.
69. Чувство, будто Вы хуже других людей.
70. Ломка, битье, уничтожение предметов от злости или при нервном возбуждении.
71. Опасение за свое здоровье (страх заболеть каким-либо серьезным заболеванием).
72. Упорное, навязчивое, ненужное пересчитывание, например, прохожих, фонарей, автомашин.
73. Частое пробуждение ночью.
74. Покраснение лица, шеи, груди.
75. Чувство страха, возникающее при нахождении в толпе.
76. Пессимизм, предчувствие неудач и провалов в будущем.
77. Недомогания, возникающие в трудных и неприятных ситуациях.
78. Необоснованное чувство опасности, угрозы.
79. Неожиданное бурное переживание радости, счастья, экстаза.
80. Постоянное чувство усталости.
81. Чувство, будто Вы живете как во сне.
82. Дрожь в мышцах рук, ног или всего тела.
83. Чувство, что Вы легко поддаетесь влиянию других людей.
84. Аллергические недомогания («сенная» лихорадка, быстро возникающие и проходящие отеки и др.).
85. Внутренняя необходимость выполнять какие-либо действия очень медленно и педантично.
86. Судороги мышц в различных частях тела.

87. Скопление чрезмерного количества слюны во рту.
88. Погружение в грезы наяву.
89. Не поддающиеся управлению взрывы злости и гнева.
90. Чувство, что Вы больны какой-то тяжелой, угрожающей Вашей жизни болезнью.
91. Чрезмерная жажда.
92. Бессонница.
93. Сильное чувство холода и (или) тепла, возникающее без видимой причины.
94. Сильный страх предметов, животных или мест, бояться которых нет причины.
95. Нехватка силы или энергии в какой-либо деятельности.
96. Затруднение дыхания (например, чувство недостатка воздуха или одышка, появляющиеся внезапно и быстро проходящие).
97. Чувство тревоги, беспокойства перед какими-то событиями, встречами и т.д.
98. Чувство, что Вас недооценивают.
99. Снижение быстроты мышления, потеря сообразительности.
100. Впечатление, что Вы уже однажды видели то, что на самом деле видите сейчас впервые.
101. Неприятные ощущения или боль, возникающие под влиянием шума, яркого света или легких прикосновений и др.
102. Чувство, что люди относятся к Вам враждебно.
103. Непроизвольное мочеиспускание (например, во время сна).
104. Злоупотребление алкоголем.
105. Непроизвольное дрожание век, лица, головы или других частей тела.
106. Неприятное потение в моменты волнения.
107. Чувство, что Вы подчиняетесь (покоряетесь) другим людям.
108. Постоянное чувство злости, гнева.
109. Неопределенные, блуждающие боли.
110. Чувство протеста (бунта).
111. Чувство сонливости в течение дня, которое трудно преодолеть и которое вынуждает засыпать хотя бы на какие-то моменты, независимо от обстоятельств.
112. Чувство прилива крови к голове.
113. Тревога за близких людей, которым в действительности ничего не угрожает.
114. Чувство, что Вы хуже, чем другие люди.
115. Нарушение равновесия.
116. Страх, что с Вами что-то произойдет, или Вы сами сделаете себе что-либо ужасное (например, выброситесь из окна, или произойдет какая-то катастрофа и т.п.).
117. Чувство, что окружающие не интересуются Вами и Вашими делами.
118. Наплыв мыслей.
119. Нарушение месячных (у женщин).
120. Чувство бесцветности (бледности), малой интенсивности переживаний.
121. Чувство мышечного напряжения.
122. Потребность в одиночестве.
123. Жжение в пищеводе, изжога.
124. Учащенное мочеиспускание.
125. Судорога, вынуждающая постоянно вертеть головой.
126. Мышечные боли (например, боли в пояснице, грудной клетке и т.п.).
127. Шум в ушах.
128. Тошнота, предобморочное состояние.
129. Впечатление, что уже был в каком-то месте или ситуации, в которой на самом деле сейчас находишься впервые.

**Бланк для ответов****Ф.И.О.** \_\_\_\_\_**Пол** \_\_\_\_\_ **Возраст** \_\_\_\_\_ **Курс** \_\_\_\_\_ **Дата** \_\_\_\_\_

0 – недомогание вообще не проявлялось

1 – проявлялось, но незначительно

2 – было средней тяжести

3 – очень тяготило

<b>1</b>	0 1 2 3	<b>47</b>	0 1 2 3	<b>93</b>	0 1 2 3
<b>2</b>	0 1 2 3	<b>48</b>	0 1 2 3	<b>94</b>	0 1 2 3
<b>3</b>	0 1 2 3	<b>49</b>	0 1 2 3	<b>95</b>	0 1 2 3
<b>4</b>	0 1 2 3	<b>50</b>	0 1 2 3	<b>96</b>	0 1 2 3
<b>5</b>	0 1 2 3	<b>51</b>	0 1 2 3	<b>97</b>	0 1 2 3
<b>6</b>	0 1 2 3	<b>52</b>	0 1 2 3	<b>98</b>	0 1 2 3
<b>7</b>	0 1 2 3	<b>53</b>	0 1 2 3	<b>99</b>	0 1 2 3
<b>8</b>	0 1 2 3	<b>54</b>	0 1 2 3	<b>100</b>	0 1 2 3
<b>9</b>	0 1 2 3	<b>55</b>	0 1 2 3	<b>101</b>	0 1 2 3
<b>10</b>	0 1 2 3	<b>56</b>	0 1 2 3	<b>102</b>	0 1 2 3
<b>11</b>	0 1 2 3	<b>57</b>	0 1 2 3	<b>103</b>	0 1 2 3
<b>12</b>	0 1 2 3	<b>58</b>	0 1 2 3	<b>104</b>	0 1 2 3
<b>13</b>	0 1 2 3	<b>59</b>	0 1 2 3	<b>105</b>	0 1 2 3
<b>14</b>	0 1 2 3	<b>60</b>	0 1 2 3	<b>106</b>	0 1 2 3
<b>15</b>	0 1 2 3	<b>61</b>	0 1 2 3	<b>107</b>	0 1 2 3
<b>16</b>	0 1 2 3	<b>62</b>	0 1 2 3	<b>108</b>	0 1 2 3
<b>17</b>	0 1 2 3	<b>63</b>	0 1 2 3	<b>109</b>	0 1 2 3
<b>18</b>	0 1 2 3	<b>64</b>	0 1 2 3	<b>110</b>	0 1 2 3
<b>19</b>	0 1 2 3	<b>65</b>	0 1 2 3	<b>111</b>	0 1 2 3
<b>20</b>	0 1 2 3	<b>66</b>	0 1 2 3	<b>112</b>	0 1 2 3
<b>21</b>	0 1 2 3	<b>67</b>	0 1 2 3	<b>113</b>	0 1 2 3
<b>22</b>	0 1 2 3	<b>68</b>	0 1 2 3	<b>114</b>	0 1 2 3
<b>23</b>	0 1 2 3	<b>69</b>	0 1 2 3	<b>115</b>	0 1 2 3
<b>24</b>	0 1 2 3	<b>70</b>	0 1 2 3	<b>116</b>	0 1 2 3
<b>25</b>	0 1 2 3	<b>71</b>	0 1 2 3	<b>117</b>	0 1 2 3
<b>26</b>	0 1 2 3	<b>72</b>	0 1 2 3	<b>118</b>	0 1 2 3
<b>27</b>	0 1 2 3	<b>73</b>	0 1 2 3	<b>119</b>	0 1 2 3
<b>28</b>	0 1 2 3	<b>74</b>	0 1 2 3	<b>120</b>	0 1 2 3
<b>29</b>	0 1 2 3	<b>75</b>	0 1 2 3	<b>121</b>	0 1 2 3
<b>30</b>	0 1 2 3	<b>76</b>	0 1 2 3	<b>122</b>	0 1 2 3
<b>31</b>	0 1 2 3	<b>77</b>	0 1 2 3	<b>123</b>	0 1 2 3
<b>32</b>	0 1 2 3	<b>78</b>	0 1 2 3	<b>124</b>	0 1 2 3
<b>33</b>	0 1 2 3	<b>79</b>	0 1 2 3	<b>125</b>	0 1 2 3
<b>34</b>	0 1 2 3	<b>80</b>	0 1 2 3	<b>126</b>	0 1 2 3
<b>35</b>	0 1 2 3	<b>81</b>	0 1 2 3	<b>127</b>	0 1 2 3
<b>36</b>	0 1 2 3	<b>82</b>	0 1 2 3	<b>128</b>	0 1 2 3
<b>37</b>	0 1 2 3	<b>83</b>	0 1 2 3	<b>129</b>	0 1 2 3
<b>38</b>	0 1 2 3	<b>84</b>	0 1 2 3	<b>130</b>	0 1 2 3
<b>39</b>	0 1 2 3	<b>85</b>	0 1 2 3	<b>131</b>	0 1 2 3
<b>40</b>	0 1 2 3	<b>86</b>	0 1 2 3	<b>132</b>	0 1 2 3
<b>41</b>	0 1 2 3	<b>87</b>	0 1 2 3	<b>133</b>	0 1 2 3
<b>42</b>	0 1 2 3	<b>88</b>	0 1 2 3	<b>134</b>	0 1 2 3
<b>43</b>	0 1 2 3	<b>89</b>	0 1 2 3	<b>135</b>	0 1 2 3
<b>44</b>	0 1 2 3	<b>90</b>	0 1 2 3	<b>136</b>	0 1 2 3
<b>45</b>	0 1 2 3	<b>91</b>	0 1 2 3	<b>137</b>	0 1 2 3
<b>46</b>	0 1 2 3	<b>92</b>	0 1 2 3	<b>138</b>	0 1 2 3

Ключ к симптоматическому опроснику Александровича (138 пунктов).

- I Страх, фобии- 1, 4, 21, 24, 41, 44, 61, 71, 81, 84, 101, 104, 121, 124.
- II Депрессивные расстройства – 2, 22, 42, 62, 75, 82, 122.
- III Беспокойство, напряжение -16, 36, 56, 64, 76, 96, 112, 116, 118, 126.
- IV Нарушения сна – 19, 39, 79, 99, 119.
- V Истерические расстройства – 5, 25, 45, 65, 85, 105, 125.
- VI Неврастенические расстройства – 6, 26, 46, 66, 72, 86, 102, 106.
- VII \*Сексуальные расстройства – 7, 27, 47, 67, 87, 107, 137.
- VIII Дерезализация – 8, 28, 48, 68, 88, 108, 128, 138.
- IX Навязчивости – 12, 18, 32, 38, 52, 58, 78, 92.
- X Трудности в социальных контактах – 10, 30, 50, 70, 130.
- XI Ипохондрические расстройства – 17, 37, 57, 77, 97, 117.
- XII Психастенические нарушения -15, 35, 55, 90, 95, ПО, 115.
- XIII Соматические нарушения – 3, 9, 11, 13, 14, 20, 23, 29, 31, 34, 40, 43, 49, 51, 53, 54, 59, 60, 63, 69, 73, 74, 80, 83, 89, 91, 93, 94, 98, 100, 103, 109, 111, 113, 114, 120, 123, 127, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136.

Если, отвечая на вопрос, респондент отмечает 0, то за такой ответ начисляется 0 баллов; 1 – 4 балла; 2 – 5 баллов; 3 – 7 баллов.

Подсчитывается сумма баллов по отдельным субшкалам (I–XIII) и общая сумма баллов (суммирование показателей всех субшкал I–XIII).

### **Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич)**

Применяется для выявления и оценки невротических состояний.

**Инструкция:** испытуемому предлагается оценить свое текущее состояние по пятибалльной системе: 5 баллов – никогда не было, 4 балла – редко, 3 балла – иногда, 2 балла – часто, 1 балл – постоянно или всегда.

1. Ваш сон поверхностный и беспокойный?
2. Замечаете ли Вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?
3. После сна Вы чувствуете себя усталым и «разбитым» (неотдохнувшим)?
4. У Вас плохой аппетит?
5. У Вас бывают ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах?
6. Вам трудно бывает заснуть, если Вас что-либо тревожит?
7. Чувствуете ли Вы себя подавленным и угнетенным?
8. Чувствуете ли Вы у себя повышенную утомляемость, усталость?
9. Замечаете ли Вы, что прежняя работа дается Вам труднее и требует больших усилий?
10. Ваш сон поверхностный и беспокойный?
11. Замечаете ли Вы, что стали более рассеянным и невнимательным: забываете, куда положили какую-нибудь вещь, или не можете вспомнить, что только собирались сделать?
12. Вас беспокоят навязчивые воспоминания?
13. Бывает ли у Вас ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет?
14. У Вас возникает страх заболеть тяжелым заболеванием (рак, инфаркт, психическое заболевание и т.д.)?
15. Вы не можете сдерживать слезы и плачете?

16. Замечаете ли Вы, что потребность в интимной жизни для Вас стала меньше или даже стала Вас тяготить?
17. Вы стали более раздражительны и вспыльчивы?
18. Приходит ли Вам мысль, что в Вашей жизни мало радости и счастья?
19. Замечаете ли Вы, что стали каким-то безразличным, нет прежних интересов и увлечений?
20. Проверяете ли Вы многократно выполненные действия: выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.п.?
21. Беспокоят ли Вас боли или неприятные ощущения в области сердца?
22. Когда Вы расстраиваетесь, у Вас бывает так плохо с сердцем, что Вам приходится принимать лекарства или даже вызывать «скорую помощь»?
23. Бывает ли у Вас звон в ушах или рябь в глазах?
24. Бывают ли у Вас приступы учащенного сердцебиения?
25. Вы так чувствительны, что громкие звуки, яркий свет и резкие краски раздражают Вас?
26. Испытываете ли Вы в пальцах рук и ног или в теле покалывание, ползание мурашек, онемение или другие неприятные ощущения?
27. У Вас бывают периоды такого беспокойства, что Вы даже не можете усидеть на месте?
28. Вы к концу работы так сильно устаете, что Вам необходимо отдохнуть, прежде чем приняться за что-либо?
29. Ожидание Вас тревожит и нервирует?
30. У Вас кружится голова и темнеет в глазах, если Вы резко встанете или наклонитесь?
31. При резком изменении погоды у Вас ухудшается самочувствие?
32. Вы замечали, как у Вас непроизвольно подергиваются голова и плечи, или веки, скулы, особенно, когда Вы волнуетесь?
33. У Вас бывают кошмарные сновидения?
34. Вы испытываете тревогу и беспокойство за кого-нибудь или за что-нибудь?
35. Ощущаете ли Вы комок в горле при волнении?
36. Бывает ли у Вас чувство, что к Вам относятся безразлично, никто не стремится Вас понять и посочувствовать, и Вы ощущаете себя одиноким?
37. Испытываете ли Вы затруднения при глотании пищи, особенно когда Вы волнуетесь?
38. Вы обращали внимание на то, что руки или ноги у Вас находятся в беспокойном движении?
39. Беспокоит ли Вас, что Вы не можете освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (мелодия, стихотворение, сомнения)?
40. Вы легко потеете при волнениях?
41. Бывает ли у Вас страх оставаться в одиночестве в пустой квартире?
42. Чувствуете ли Вы у себя нетерпеливость, непоседливость или суетливость?
43. У Вас бывают головокружения или тошнота к концу рабочего дня?
44. Вы плохо переносите транспорт (Вас «укачивает» и Вам становится дурно)?
45. Даже в теплую погоду ноги и руки у вас холодные (зябнут)?
46. Легко ли Вы обижаетесь?
47. У Вас бывают навязчивые сомнения в правильности Ваших поступков или решений?
48. Не считаете ли Вы, что Ваш труд на работе или дома недостаточно оценивается окружающими?
49. Вам часто хочется побыть одному?
50. Вы замечаете, что Ваши близкие относятся к Вам равнодушно или даже неприязненно?

51. Вы чувствуете себя скованно или неуверенно в обществе?
52. Бывают ли у Вас головные боли?
53. Замечаете ли Вы, как стучит или пульсирует кровь в сосудах, особенно если вы волнуетесь?
54. Совершаете ли Вы машинально ненужные действия (потираете руки, поправляете одежду; приглаживаете волосы и т.п.)?
55. Вы легко краснеете или бледнеете?
56. Покрывается ли Ваше лицо, шея или грудь красными пятнами при волнениях?
57. Приходят ли Вам на работе мысли, что с Вами может неожиданно что-то случиться и Вам не успеют оказать помощь?
58. Возникают ли у Вас боли или неприятные ощущения в области желудка, когда Вы расстраиваетесь?
59. Приходят ли Вам мысли, что Ваши подруги (друзья) или близкие более счастливы, чем Вы?
60. Бывают ли у Вас запоры или поносы?
61. Когда Вы расстраиваетесь, у Вас бывает отрыжка или тошнота?
62. Прежде чем принять решение, Вы долго колеблетесь?
63. Легко ли меняется Ваше настроение?
64. При расстройствах у Вас появляется зуд кожи или сыпь?
65. После сильного расстройства Вы теряли голос или у Вас отнимались руки или ноги?
66. У Вас повышенное слюноотделение?
67. Бывает ли, что Вы не можете один перейти улицу, открытую площадь?
68. Бывает ли, что Вы испытываете сильное чувство голода, а едва начав есть, быстро насыщаетесь?
69. У Вас возникает чувство, что во многих неприятностях виноваты Вы сами?

**Обработка:** используются таблицы значений диагностических коэффициентов по шести шкалам:

#### Шкала тревоги

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
12	- 1,08	- 1,3	-0,6	0,37	1,44
26	-1,6	- 1,34	-0,4	-0,6	0,88
28	- 1,11	0	0,54	1,22	0,47
32	-0,9	- 1,32	-0,41	0,41	1,3
33	- 1,19	-0,2	1	1,04	0,4
37	- 0,78	- 1,48	- 1,38	0,11	0,48
41	-1,26	-0,93	-0,4	0,34	1,24
50	- 1,23	-0,74	0	0,37	0,63
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1

### Шкала невротической депрессии

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
5	-1,58	-1,45	-0,41	0,7	1,46
7	-1,51	-1,53	-0,34	0,58	1,4
15	-1,45	-1,26	-1	0	0,83
17	-1,38	-1,62	-0,22	0,32	0,75
18	-1,3	-1,5	-0,15	0,8	1,22
35	-1,34	-1,34	-0,5	0,3	0,73
48	-1,2	-1,23	0,36	0,56	0,2
49	-1,08	-1,08	-1,18	0	0,46
58	-1,2	-1,26	-0,37	0,21	0,42
68	-1,08	-0,54	-0,1	0,25	0,32

### Шкала астении

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
3	-1,51	-1,14	-0,4	0,7	1,4
8	-1,5	-0,33	0,9	1,32	0,7
9	-1,3	-1,58	-0,6	0,42	1
10	-1,62	-1,18	0	0,79	1,18
14	-1,56	-0,7	-0,12	0,73	1,35
16	-1,62	-0,6	0,26	0,81	1,24
24	-0,93	-0,8	-0,1	0,6	1,17
27	-1,19	-0,44	0,18	1,2	1,08
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
62	-0,5	-0,56	0,38	0,56	0

### Шкала истерического типа реагирования

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
5	- 1,41	- 1,25	-0,5	0,4	1,53
21	- 1,2	-1,48	- 1,26	- 0,18	0,67
31	- 1,15	-1,15	-0,87	- 0,1	0,74
34	-1,48	- 1,04	-0,18	1,11	0,5
35	-1,34	- 1,34	-0,52	0,3	0,73
36	-1,3	- 1,38	-0,64	-0,12	0,66
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
47	- 1,38	- 1,08	-0,64	- 0,1	0,52
49	- 1,08	- 1,08	-1,18	-0,1	0,46
57	- 1,2	- 1,34	- 0,3	0	0,42
64	-0,6	-1,26	- 1,08	- 0,38	0,23

### Шкала обсессивно-фобических нарушений

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
11	- 1,38	-1,32	-0,3	0,3	1,2
13	- 1,53	- 1,38	-0,74	0,23	0,9
19	- 1,32	- 0,63	0	0,99	1,2
38	-0,9	-1,17	-0,43	0,37	0,69
40	- 1,38	-0,67	-0,81	0,18	0,64
46	-1,34	-1,2	0,1	0,54	0,43
53	- 0,78	-1,5	-0,35	0,27	0,36
56	-0,3	- 1,2	- 1,3	-0,67	0,33
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1
66	- 1	-0,78	- 1,15	-0,52	0,18

### Шкала вегетативных нарушений

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
1	-1,51	- 1,6	-0,54	0,5	1,45
4	- 1,56	- 1,51	-0,34	0,68	1,23
6	- 1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
20	- 1,3	-1,58	-0,1	0,81	0,77
22	- 1,08	- 1,5	- 0,71	0,19	0,92
23	-1,8	-1,4	-0,1	0,5	1,22
25	-1,15	-1,48	- 1	0,43	0,63
29	-1,6	-0,5	-0,3	0,62	0,9
30	- 1,34	- 0,7	-0,17	0,42	0,85
32	-0,9	- 1,32	-0,41	0,42	1,19
39	-1,56	- 0,43	- 0,1	0,48	0,76
42	- 1,3	-0,97	- 0,4	-0,1	0,7
43	- 1,11	-,044	0	0,78	0,45
44	- 1,51	-0,57	-0,26	0,32	0,63
51	- 1,34	- 0,78	0,2	0,31	1,4
52	-0,97	- 0,66	- 0,14	0,43	0,77
54	-0,93	-0,3	0,13	0,93	0,6
57	- 1,2	- 1,34	-0,3	0	0,42
59	- 1,08	-0,83	-0,26	0,24	0,55
63	-0,9	- 1,15	- 1	-0,1	0,25
65	- 1	-1,26	-0,22	-0,43	0,27
67	-0,7	-0,42	-0,55	0,18	0,4

**Интерпретация:** суммируют диагностические коэффициенты по шести шкалам и выстраивают график. Показатель больше +1,28 указывает на уровень здоровья, меньше -1,28 – болезненный характер выявляемых расстройств.

## Тестовый контроль знаний

1. Психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психопатологических явлений, называется:

- 1) акцентуация характера
- 2) невроз
- 3) гиперестезия
- 4) психоз

2. К факторам, влияющим на возникновение невроза, относятся:

- 1) факторы биологической природы
- 2) факторы интеллектуальной природы
- 3) факторы психологической природы
- 4) факторы социальной природы

3. Плохое самочувствие, упадок физических сил, отсутствие бодрости, разбитость, слабость, непереносимость физических и психических нагрузок, выраженное снижение работоспособности – всё это проявления:

- 1) истерического невроза
- 2) профессиональной дискенизии
- 3) неврастении
- 4) психосоматического расстройства

4. Одним из постоянных симптомов неврастении является:

- 1) высокое артериальное давление
- 2) потеря зрения
- 3) головная боль (по принципу «стягивающего обруча»)
- 4) оглушенность

5. Выделяют две формы неврастении:

- 1) астеническая
- 2) гиперстеническая
- 3) гипостеническая
- 4) монотонная

6. Функциональное, обратимое расстройство, проявляющееся спектром самой разнообразной психогенно обусловленной симптоматики, возникающее при наличии особой личностной структуры (большая внушаемость и самовнушаемость, повышенный эгоцентризм, постоянное стремление быть в центре внимания, эмоциональная лабильность, аффективная незрелость с признаками психического инфантилизма), это:

- 1) психастения
- 2) дереализация
- 3) истерический невроз
- 4) неврастения

1. Потеря вкуса, тошнота, рвота, полное отсутствие аппетита (анорексия), гастралгии, одышка, мнимая беременность, мнимая смерть, при истерическом неврозе данные симптомы относятся к:

- 1) двигательным нарушениям
- 2) вегетативным нарушениям
- 3) психическим нарушениям
- 4) сенсорным нарушениям

8. Разнообразные параличи, парезы, гиперкинезы, явления астазии – абазии, истерические припадки, истерическая походка, при истерическом неврозе данные симптомы относятся к:

- 1) двигательным нарушениям
- 2) вегетативным нарушениям
- 3) психическим нарушениям
- 4) сенсорным нарушениям

9. Расстройства чувствительности в виде анестезии, гипестезии, гиперестезии с болевыми ощущениями в различных частях тела, при истерическом неврозе данные нарушения относятся к:

- 1) двигательным нарушениям
- 2) вегетативным нарушениям
- 3) психическим нарушениям
- 4) сенсорным нарушениям.

10. Иллюзии, галлюцинации, амнезия, вплоть до тотальной, при истерическом неврозе данные симптомы относятся к:

- 1) двигательным нарушениям
- 2) вегетативным нарушениям
- 3) психическим нарушениям
- 4) сенсорным нарушениям

11. Такие личностные особенности, как повышенная тревожность, мнительность, нерешительность, неуверенность в себе, склонность к постоянным сомнениям по любому пустяку, пониженная самооценка являются предрасполагающими факторами при формировании:

- 1) истерического невроза
- 2) неврастенического невроза
- 3) невроза навязчивых состояний
- 4) психосоматического заболевания

12. Фобический невроз характеризуется как:

- 1) навязчивые мысли
- 2) навязчивые страхи
- 3) навязчивые действия
- 4) навязчивые влечения

13. Навязчивые влечения и навязчивые действия характеризуют:

- 1) истерический невроз
- 2) обсессивный невроз
- 3) фобический невроз
- 4) компульсивный невроз

14. Разнообразные навязчивые мысли, идеи и представления характеризуют:

- 1) истерический невроз
- 2) обсессивный невроз
- 3) фобический невроз
- 4) компульсивный невроз

15. Болезненная сосредоточенность внимания на своем здоровье, со склонностью приписывать себе заболевание по незначительному поводу, проявление:

- 1) невроза страха
- 2) неврастении
- 3) ипохондрического невроза
- 4) невроза навязчивых состояний

16. Внезапно возникающий и ни с чем не связанный диффузный страх или сильная немотивированная тревога составляют основу:

- 1) невроза навязчивых состояний
- 2) истерического невроза
- 3) ипохондрического невроза
- 4) невроза страха

17. Все неврозы и неврозоподобные состояния:

- 1) обратимы
- 2) не поддаются лечению
- 3) передаются по наследству
- 4) являются острой формой шизофрении

18. Навязчивые состояния могут проявляться следующими феноменами:

- 1) навязчивыми мыслями – обсессиями
- 2) навязчивыми сновидениями – сомнофобиями
- 3) навязчивыми страхами – фобиями
- 4) навязчивыми действиями – компульсиями

### Ответы

Номер вопроса	Ответ						
<b>1</b>	2	<b>6</b>	3	<b>11</b>	3	<b>16</b>	1
<b>2</b>	2	<b>7</b>	2	<b>12</b>	4	<b>17</b>	1,3,4
<b>3</b>	3	<b>8</b>	1	<b>13</b>	2		
<b>4</b>	3	<b>9</b>	4	<b>14</b>	3		
<b>5</b>	2,3	<b>10</b>	3	<b>15</b>	4		

## Тема занятия №12. Психологические основы психотерапии

---

**Место проведения:** учебная аудитория.

**Продолжительность:** 2 часа

**Цель:** Ознакомить с основными направлениями психотерапии. Изучить основные методы психотерапии. Представить обзор современных направлений.

**Студент должен знать:**

1. Виды психологической помощи
2. Цели и методы психотерапии
3. Показания к психотерапии
4. Личностный подход в психотерапии
5. Групповая психотерапия
6. Основные направления в психотерапии
7. Современные направления психотерапии

**Студент должен уметь:**

1. Различать виды психологической помощи применительно к больному.
2. Вести учет личностных особенностей при использовании любых психотерапевтических методов.
3. Подобрать методы психотерапии исходя из проблемы больного.

**Темы проектов, рефератов:**

1. Методы психотерапии с детьми.
2. Влияние психотерапии на состояние личности.
3. Аналитическая терапия. Основы и методы.
4. Арт-терапия. Основные направления.
5. Виды и методы современной психотерапии.
6. Нейролингвистическое программирование в рамках психотерапии.
7. Семейная психотерапия.
8. Групповая психотерапия.
9. Телесно-ориентированная и танцевальная терапия.
10. Трансактный анализ.
11. Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, феноменологическое) направление в психотерапии.
12. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.
13. Поведенческое направление в психотерапии.
14. Классический психоанализ

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

1. П.И. Сидоров, А.В. Парняков. Клиническая психология. – М., 2008.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М., 2005.
3. В.Н. Ананьев. Психология здоровья. – СПб., 2006.
4. Л. Хьелл, Д. Зиглер. Теории личности. – Питер 2005.
5. Г.С. Абрамова. Практическая психология. – М., 1997. – 368 с.
6. А.А. Александров. Современная психотерапия. – М., 1998. – 335 с.
7. Б.Д. Карвасарский. Психотерапия. – М., 1985. – 304 с.

### **Дополнительная литература:**

1. В.Н.Ананьев. Психология здоровья. – СПб., 2006.
2. В.Н.Ананьев. Практикум по психологии здоровья. – СПб., 2007.
3. Л. Хьелл, Д. Зиглер. Теории личности. – Питер 2005.
4. Г.С. Абрамова. Практическая психология. – М., 1997. – 368 с.
5. А. А. Александров. Современная психотерапия. – М., 1998. – 335 с.
6. Э.Берн. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. – М., 1988 – 400 с.
7. Б.Д. Карвасарский. Психотерапия. – М., 1985. – 304 с.
8. В.Т. Кондратенко, Д.И. Донской. Общая психотерапия. – Минск, 1997. – 464 с.
9. В.Д. Менделевич, Д.А. Авдеев, С.В.Киселев. Психотерапия «здравым смыслом», Чебоксары, 1992. – 76 с.
10. Н. Пезешкиан. Психотерапия повседневной жизни. – М., 1995. – 336 с.
11. Ю.С. Шевченко. Психокоррекция: теория и практика. – М., 1995. – 224 с.
12. С. Уолен, Р. Дигусепп, Р. Уэсслер. Рационально-эмотивная психотерапия. – М., 1997. – 257 с.
13. В. Франкл. Человек в поисках смысла. – М., 1990. – 368 с.
14. Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий. Семейная психотерапия. – Л., 1990. – 192 с.
15. К. Юнг. Психологические типы. – М., 1995. – 616 с.

### **Исходный контроль уровня знаний:**

1. Дайте определение психотерапии.
2. Что вы понимаете под психологической помощью?
3. Какие виды психотерапии вы знаете?
4. Способы воздействия психотерапевта на человека?
5. Когда и по отношению к кому можно применить психотерапию?

## **Виды психологической помощи**

Оказание психологической помощи – одна из наиболее значимых проблем в клинической психологии. Она необходима здоровым людям (клиентам) с разнообразными житейскими проблемами, находящимся в кризисном состоянии, а также больным (пациентам) с различными психическими и соматическими заболеваниями, имеющими психологические проблемы, невротические и психосоматические расстройства, а также характерологические и личностные отклонения.

**Психологическая помощь** – область практического применения психологии, ориентированная на повышение социально-психологической компетентности людей. Она может адресовываться как отдельному субъекту, так и группе, организации.

В клинической психологии психологическая помощь включает предоставление человеку информации о его психическом состоянии, причинах и механизмах появления у него психологических или психопатологических феноменов, а также активное целенаправленное психологическое воздействие на индивида с целью гармонизации его психической жизни, адаптации к социальному окружению, купирования психопатологической симптоматики и реконструкции личности для повышения порога фрустрационной толерантности, формирования стрессо- и невротозустойчивости.

Основными способами оказания психологической помощи в клинической психологии являются психологическое консультирование, психологическая коррекция (психокоррекция) и психотерапия. Все они направлены на различные стороны личности, но различаются по целям и способам воздействия. Все виды психологической помощи могут применяться раздельно и в сочетании.

**Психологическое консультирование**- главной целью его является научно организованное информирование клиента (пациента) о его психологических проблемах с учетом его личностных ценностей и индивидуальных особенностей с целью формирования активной личностной позиции, специфического мировоззрения и взгляда на жизнь (принципиальные и непринципиальные стороны человеческого существования, формирование иерархии ценностей). Консультирование помогает человеку выбирать и действовать по своему усмотрению, помогает человеку выбирать и действовать по своему усмотрению, помогает обучаться новому поведению, способствует развитию личности.

Консультирование в большей степени ориентируется на психологическое воздействие, так как учитывает цели пациента. Вследствие этого в процессе консультирования с помощью специальных методов воздействия осуществляется нормализация психического состояния индивида, расширение представлений о себе, ситуации, вариантах преодоления жизненных сложностей, внутриличностных конфликтов и приобретения навыков психологической защиты и компенсации.

**Психологическая коррекция (психокоррекция)**- понимается как деятельность специалиста по исправлению (корректировке) тех особенностей личности, психического развития клиента, которые не являются оптимальными для него. Ее целью является выработка и овладения навыками адекватной для индивида и эффективной для сохранения здоровья и психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе.

Психокоррекция в большей степени ориентируется на процессы манипулирования, управления и формирования, что обычно связано с неспособностью человека самостоятельно (даже при приобретении знаний и навыков саморегуляции) изменить параметры своей психической деятельности в силу аномалий или дефектов психики.

**Психотерапия**- система комплексного лечебного вербального и невербального воздействия на эмоции, суждения, самосознание человека при различных заболеваниях (психических, нервных, психосоматических). Основной своей задачей психотерапия ставит купирование психопатологической симптоматики, посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности.

В психотерапии обычно имеет место стремление к глубокому анализу проблем пациента с ориентацией на бессознательные процессы, структурную перестройку личности.

## **Цели и методы психотерапии**

Общую для большинства психотерапевтических подходов цель психотерапии можно сформулировать следующим образом: общая цель психотерапии состоит в помощи пациентам изменить свое мышление и поведение таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными. При работе с пациентами эта цель дифференцируется на ряд задач, а именно:

- 1) терапевт помогает пациенту лучше понять свои проблемы;
- 2) устраняет эмоциональный дискомфорт;
- 3) поощряет свободное выражение чувств;
- 4) обеспечивает пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы;
- 5) помогает пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической ситуации.

При решении этих задач терапевт прибегает к трем основным методам.

1. Во-первых, терапевт обеспечивает психологическую поддержку. Прежде всего, это значит сочувственно выслушать пациента и дать ему взвешенный совет в кризисной ситуации. Поддержка также заключается в том, чтобы помочь пациенту осознать и использовать свои силы и умения.

2. Второй метод терапии состоит в устранении дезадаптивного поведения и формировании новых, адаптивных стереотипов.

3. И наконец, терапевт содействует инсайту (осознанию) и самораскрытию (самоэксплорации), в результате чего пациенты начинают лучше понимать свои мотивы, чувства, конфликты, ценности.

Несмотря на различия в теориях, целях и процедурах, психологическое лечение сводится к тому, что один человек пытается помочь другому (даже в том случае, когда речь идет о групповой психотерапии, при которой каждый участник является своего рода психотерапевтом по отношению к другому члену группы).

### **Показания к психотерапии**

Комплексный подход в лечении различных заболеваний, учитывающий наличие в этиопатогенезе трех факторов (биологического, психологического и социального), обуславливает необходимость корригирующих воздействий, направленных на каждый фактор, соответствующий его природе. Это означает, что психотерапия как основной или дополнительный вид терапии может применяться в комплексной системе лечения пациентов с самыми разнообразными заболеваниями. Показания к психотерапии определяются ролью психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, а также возможными последствиями перенесенного ранее или текущего заболевания.

Наиболее существенным показанием к психотерапевтической работе с конкретным пациентом является роль психологического фактора в возникновении и течении болезни. Чем более выражена психогенная природа заболевания (то есть чем более выражена психологически понятная связь между ситуацией, личностью и болезнью), тем более адекватным и необходимым становится применение психотерапевтических методов. Показания к психотерапии также обусловлены возможными последствиями заболевания. Понятие «последствия заболевания» можно конкретизировать. Они могут быть связаны с клиническими, психологическими и социально-психологическими проблемами. Во-первых, это возможная вторичная невротизация – манифестация невротической симптоматики, вызванная не первичными психологическими причинами, а психотравмирующей ситуацией, в качестве которой выступает основное заболевание. Во-вторых, это реакция личности на болезнь, которая может как способствовать процессу лечения, так и препятствовать ему. Неадекватная реакция личности на болезнь (например, анозогностическая или, напротив, ипохондрическая) также нуждается в коррекции психотерапевтическими методами. В-третьих, возможны психологические и социально-психологические последствия. Тяжелая болезнь, изменяющая привычный образ жизни пациента, может приводить к изменению социального статуса; невозможности реализации и удовлетворения значимых для личности отношений, установок, потребностей, стремлений; к изменениям в семейной и профессиональной сферах; сужению круга контактов и интересов; снижению работоспособности, уровня активности и мотивационных компонентов; неуверенности в себе и снижению самооценки; формированию неадекватных стереотипов эмоционального и поведенческого реагирования. В-четвертых, в процессе хронического заболевания возможна динамическая трансформация личностных особенностей, то есть формирование в ходе болезни личностных особенностей (повышенной сенситивности, тревожности, мнительности, эгоцентричности), нуждающихся в корригирующих воздействиях. Безусловно, что в каждом конкретном случае показания к психотерапии определяются не только нозологической принадлежностью, но и индивидуально-психологическими особенностями пациента, в том числе, его мотивацией к участию в психотерапевтической работе.

## Личностный подход в психотерапии

Личностный подход – это подход к больному человеку как к целостной личности с учетом ее многогранности и всех индивидуальных особенностей.

Личностный подход в психотерапии реализуется в трех основных направлениях: 1) изучение личности больного, закономерностей ее развития и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий; 2) учет личностных особенностей при использовании любых психотерапевтических методов; 3) ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения. Первые два аспекта касаются использования практически всех психотерапевтических методов. Третий относится к психотерапевтическим направлениям, целью которых является достижение личностных изменений.

**Изучение личности больного, закономерностей ее развития и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий.** Психотерапия является инструментом реализации личностного подхода. Поэтому психотерапевтическое воздействие предполагает знание врачом основ клинической (медицинской) психологии, объект изучения которой – личность больного. Развитие психотерапии тесно связано с разработкой учения о личности, ее механизмах, закономерностях и расстройствах ее функционирования. Реализация личностного подхода в психотерапии предполагает детальное изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, особенностей поведения и их трансформации в процессе заболевания. Такая информация необходима как для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, так и в ходе лечебно-восстановительной, психотерапевтической и психокоррекционной практики, а также лечебно-профилактической работы в соматической клинике с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни и их последствия. Одной из узловых проблем является разграничение преморбидных особенностей личности и характеристик, привнесенных заболеванием. Другая важная задача исследования личности больного состоит в определении участия психологического компонента в генезе различных форм патологии: от большого круга болезней, в этиопатогенезе которых психологическому фактору принадлежит решающая (неврозы) или существенная роль (другие пограничные расстройства, психосоматические заболевания и др.) до заболеваний, в которых психический фактор проявляется как реакция личности на болезнь, приводящий к изменению психологического функционирования индивида в связи с соматическим расстройством.

**Учет личностных особенностей при использовании любых психотерапевтических методов.** Понятие «личностный подход» в данном аспекте является более широким и распространяется на все психотерапевтические методы, в том числе и на симптомоцентрированные, решающие скорее тактические задачи. Это означает, что любое психотерапевтическое воздействие должно учитывать личностные особенности пациента и специфику личностных нарушений, анамнез жизни и болезни, установки и отношения, особенности поведения и эмоционального реагирования.

## Групповая психотерапия

Групповая и индивидуальная психотерапия представляют собой две основные формы психотерапии. Специфика групповой психотерапии как лечебного метода заключается в целенаправленном использовании в психотерапевтических целях групповой динамики в лечебных целях (то есть всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта).

Групповая психотерапия имеет прежде всего лечебные цели и в рамках конкретного психотерапевтического направления решает те же задачи, что и индивидуальная, но

с помощью своих средств. Если психотерапия направлена на раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию неадекватных, нарушенных отношений личности, обуславливающих его возникновение и субъективную неразрешимость, то эта цель является общей и для индивидуальной, и для групповой психотерапии. Таким образом, индивидуальная и групповая формы психотерапии решают общие психотерапевтические задачи (раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию нарушенных отношений личности, обуславивших возникновение и субъективную неразрешимость конфликта, а также фиксирующих его), используя свою специфику.

Отличие индивидуальной психотерапии и групповой, при наличии общих задач, заключается в том, что индивидуальная психотерапия в большей степени ориентирована и акцентирует внимание на историческом (генетическом) аспекте личности пациента, но учитывает при этом и реальную ситуацию взаимодействия, а групповая – в большей степени на межличностных аспектах, но обращается и к историческому плану личности пациента. Иными словами, групповая психотерапия раскрывает внутриличностную проблематику пациента преимущественно на основании анализа того, как она представлена и раскрывается в процессе межличностного взаимодействия пациента в группе. Однако «преимущественно» не означает «исключительно». В групповой психотерапии внутренний психологический конфликт и коррекция нарушенных отношений личности раскрываются через их непосредственное отражение в реальном поведении пациента в группе.

Один из важнейших механизмов лечебного действия групповой психотерапии – возникновение и переживание пациентом в группе тех эмоциональных ситуаций, которые были у него в реальной жизни в прошлом и являлись субъективно неразрешимыми и неотреагированными (то есть такими, с которыми он не смог справиться), – предполагает переработку прошлого негативного опыта, проявляющегося в актуальной эмоциональной ситуации в группе, без которого невозможно достичь позитивных, достаточно глубинных личностных изменений. Адекватное самопонимание также не может быть достигнуто вне общего контекста формирования развития личности пациента. Как групповая психотерапия не ограничивается межличностным уровнем, так и индивидуальная психотерапия не сводится только к осознанию на основе генетического (исторического) анализа.

## **Основные направления в психотерапии**

### **Психодинамическое направление в психотерапии**

Основано на теории З. Фрейда о динамическом бессознательном и психологическом конфликте. Человек заболевает неврозом в результате интрапсихического конфликта между требованиями инстинктивной жизни и сопротивлением им. Человек может войти в конфликт с многочисленными социальными ограничениями и табу-запретами. Главная цель терапии заключается в том чтобы помочь больному осознать бессознательные конфликты (очаги скрытого напряжения в бессознательном), которые основаны на нереализованных детских желаниях и проявляются как болезненные симптомы, а также содействовать развитию более разумных, присущих взрослым моделей поведения.

**Классический психоанализ.** При психоаналитическом лечении произвол поиск очага скрытого напряжения (его вспоминание), осторожное его вскрытие (перевод информации в словесную форму – вербализация), переоценка (изменение системы установок) с переживанием проблемы в соответствии с новой значимостью и забывание (ликвидация очага напряжения). «Вспоминание» вытесненного в бессознательное, вве-

дение скрытой проблемы в осознания позволяет выработать алгоритм преодоления возникших трудностей.

Пациент посещает врача 3-5 раз в неделю в течение ряда лет, каждый прием длится обычно несколько часов. Больной лежит на кушетке, аналитик сидит у изголовья, вне поля зрения пациента. Анализируемый старается говорить свободно, без ограничений все, что ему приходит в голову в виде свободных *ассоциаций*, для того чтобы аналитик смог проследить мысли пациента вплоть до самых их истоков. Сюда входят ассоциации, которые возникают в процессе анализа в связи со снами или перенесением чувств. Психоаналитик использует интерпретацию и уточнение, с тем чтобы помочь пациенту осознать и разрешить конфликты, которые влияют на его жизнь на подсознательном уровне. От пациента при терапии требуется стабильность терапевтического сотрудничества и психологическая заинтересованность в результатах. Он также должен быть в состоянии перенести стресс, возникающий в процессе терапии, без психологических срывов, импульсивности и регрессии.

**Психоаналитическая психотерапия.** Имеет менее интенсивный характер, в отличие от классической аналитической терапии, и может проводиться в форме *или экспрессивной психотерапии*, ориентированной на адекватную самооценку, или *психотерапии отношений*, которая направлена на психологическую поддержку пациента в сложных психологических ситуациях. Сеансы терапии проводятся 1-2 раза в неделю, пациенты сидят лицом к психотерапевту. Цели терапии аналогичны таковым при классическом анализе (решение бессознательного конфликта), но основной акцент делается на повседневную реальность и меньшее значение придается развитию трансферных отношений.

Круг показаний для проведения психоаналитической терапии существенно расширен. В частности, поддерживающая психотерапия показана пациентам с уязвимой психикой, находящимся в кризисных состояниях, страдающих расстройствами личности и психическими заболеваниями. Эта терапия может продолжаться длительно (годы), особенно в хронических случаях. Поддержка может иметь форму совета, переубеждения, ограничений, усиления чувства реальности и помощи с формированием социальных навыков.

**Кратковременная динамическая психотерапия.** При данном варианте число психоаналитических сеансов (обычно 10-40) оговаривается с пациентом до начала лечения. Предварительно избирается и специфическая конфликтная сфера, которая актуальна для пациента и должна быть в центре терапии. Этот вид психотерапии требует от врача большей активности в направлении ассоциаций пациента в сторону конфликтной сферы. К пациенту также предъявляются более высокие требования по поводу заинтересованности его в лечении, способности выдержать психологическое напряжение и усиление тревоги во время терапии. Метод не подходит для пациентов с суицидальными мыслями, проявлениями импульсивности, склонности к психотическим состояниям, злоупотреблению психоактивными веществами.

### **Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, феноменологическое) направление в психотерапии**

Это направление менее однородно, в его рамках существует множество методов и технологий. Представители гуманистического направления склонны видеть человека существом природно активным, стремящимся к позитивному личностному росту, самоактуализации. Патология понимается ими как уменьшение этих возможностей для самовыражения, подавление внутренних переживаний или потери соответствия (конгруэнтности) им, поэтому все усилия психотерапевта направлены на личностный рост и интеграцию личности пациента, а не просто на лечение болезни.

В гуманистическом направлении можно выделить три основных психотерапевтических подхода:

1. *Философско-психологический подход* использует преимущественно экзистенциальные принципы (значение смысла своего существования и возможности самоактуализации) через эмпатическое обращение к другому человеку *при проведении* терапии. Интеграция «Я» достигается «здесь и теперь» в процессе встреч пациентов с психотерапевтом и взаимного диалога (логотерапия В. Франкля, клиент-центрированная терапия К. Роджерса и др.).

2. *Соматический подход* использует невербальные техники интеграции "Я" через тело с помощью сосредоточения внимания на телесных ощущениях физических и двигательных способах отреагирования чувств и т.п.(гештальт-терапия Ф. Перлса, биоэнергетический анализ Лоуэна и др.)

3. *Духовный подход* при «Я»-интеграции предполагает приобщения к духовному, трансперсональному опыту с помощью медитации, других техник «расширения» (трансцендирования) сознания до «космического» уровня «трансцендентальная медитация, психосинтез Р. Ассаджоли и др.).

### **Поведенческое направление в психотерапии**

Личность, с точки зрения научения, – это тот поведенческий опыт, который человек приобрел в течение жизни. Поведенческая (бихевиористская) психотерапия также базируется на принципах теории научения, включая выработку оперантного условного рефлекса (Торндайк Е., Скиннер Б.) и условного рефлекса по методу И.П. Павлова. Этот вид терапии основывается на предположении о том, что для дезадаптивных форм поведения не обязательно понимать определяющие его причины. Поведенческая терапия наиболее эффективна при четко определенных, структурированных дезадаптивных поведенческих расстройствах, например таких, как фобии, компульсивные действия, переедание, табакокурение, заикание или сексуальные дисфункции. При лечении гипертонической болезни, бронхиальной астмы и других болезней, где существенное место в возникновении и проявлениях болезни занимают аффективно-психологические факторы, широко используются поведенческие методы для обеспечения релаксации и снижения влияния усугубляющих эти состояния стрессов.

На первых этапах под термином «поведение» в поведенческой (бихевиористской) терапии понималось все, что имеет внешне наблюдаемые характеристики. В настоящее время в понятие «поведение» включаются эмоционально- субъективные, мотивационно-аффективные, когнитивные и вербально-когнитивные проявления. Попытка учесть эти «промежуточные переменные», расположенные между стимулом и реакцией в психотерапии привела к созданию в 1960-1970-х годах методик, получивших название «скрытое кондиционирование» («скрытое обусловливание», саморегуляция). Их суть заключается в тренировках мысленного представления пациентом того поведения, которое кажется ему нежелательным. Это помогает ему натренировать эмоциональный ответ, чтобы в реальной обстановке уменьшить психотравмирующее воздействие ситуации. Метод применяется для лечения фобий, повышенной тревожности и неуверенности в себе.

### **Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия**

В настоящее время как за рубежом, так и в нашей стране отмечается все большая тенденция к обобщению положительного опыта различных психотерапевтических школ и направлений. Примером такого синтеза в нашей стране явилась личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, имеющая в своей основе систему

патогенетической психотерапии, опирающейся на «Я»-концепцию и систему межличностных отношений (по В.Н. Мясищеву). Поэтапное осознание и эмоциональное отреагирование психотравмирующей ситуации в системе патогенетической психотерапии служит основой регуляции потребностей, которая на своих высших уровнях связана с самовоспитанием, формированием сознательных отношений (Мясищев В.Н., 1960). Определение «реконструктивная» рассматривается в плане воссоздания прошлого опыта пациента для понимания причин, которые привели к тупику в развитии личности с последующей разработкой стратегии восстановления и дальнейшего строительства будущего.

Целями и задачами личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии являются.

1. Глубокое и всестороннее изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, функционирования системы отношений.

2. Выявление и изучение механизмов, способствующих возникновению и сохранению состояния дезадаптации личности (невротической симптоматики).

3. Достижение у пациента осознания и понимания причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и его заболеванием (проблемой).

4. Помощь пациенту в разумном разрешении психотравмирующей ситуации, изменении отношения к ней, коррекция неадекватных реакций форм поведения.

5. Помощь пациенту в изменении отношений в сторону их зрелости, ведет к восстановлению полноценности его социального функционирования

В личностно-ориентированной психотерапии сам психотерапевтический процесс основан на сбалансированном использовании воздействий на когнитивные, эмоциональные и поведенческие механизмы функционирования целостной личности. Полагают, что изменения на каком-либо одном уровне влекут соответствующие перестройки на других и, как следствие, – ликвидацию конкретных симптомов с восстановлением психосоциального функционирования. Сфера воздействия с учетом трех плоскостей ожидаемых изменений, определяет выбор методов, принятых в соответствующих направлениях психотерапии. На каждом численных уровнях решаются соответствующие задачи, как для индивидуальной, так и для групповой психотерапии.

В течение всего курса психотерапии постоянно осуществляются два взаимосвязанных процесса – *осознание и реконструкция отношений личности*. Осознание (инсайт) является главной задачей в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и заключается в постепенном расширении

сферы самосознания больного в плане понимания им истинных источников своих болезненных симптомов, конфликтов. Осознание и эмоциональное отреагирование психотравмирующей ситуации является основой для регуляции перестройки отношений личности на познавательном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Глубина осознания может быть разного уровня:

1-й уровень может касаться только некоторых представлений пациента о своем дезадаптивном поведении в условиях патогенной ситуации:

2-й уровень отражает осмысление пациентом тех неадекватных отношений, которые лежат в основе его невротического поведения;

3-й уровень глубины понимания генеза своего невроза пациентом связан с осознанием им нарушений в сфере мотивов и потребностей, в силу их неадекватного формирования с детства в ходе развития личности и процесса формирования системы отношений.

Настроенность на самоанализ, рефлексия и достаточный уровень интеллекта прогностически благоприятны в плане возможности достижения более высоких уровней осознания в ходе психотерапии.

## Современные основные направления психотерапии

Экзистенциальная психотерапия – одно из направлений гуманистической психологии, как направление возникла на базе экзистенциальной философии и психологии. Основной акцент делается не на изучении проявлений психики человека, а на самой его жизни в неразрывной связи с миром и другими людьми (тут-бытие, бытие-в-мире, бытие-вместе). Основоположителем экзистенциализма стал Серен Кьеркегор (1813–1855), который сформулировал и обосновал понятие экзистенции (уникальной и неповторимой человеческой жизни). Он же обратил внимание на поворотные моменты в человеческой жизни, открывающие возможность жить далее совершенно иначе, чем жилось до сих пор.

Системная семейная психотерапия – одна из самых молодых психотерапевтических школ, развивающихся в последнее время. Концептуальную основу системной семейной психотерапии составила общая теория систем, вытекающая из «организмического взгляда на мир». Человек в этом подходе не является объектом воздействия и клиентом. Клиентом является вся семья, вся семейная система, именно она – объект психотерапевтического воздействия. Семейная система – это группа людей, связанная общим местом проживания, совместным хозяйством, а главное – взаимоотношениями. То, что происходит в семье, часто не зависит от намерений и желаний людей, входящих в эту семейную систему, потому что жизнь в семье регулируется свойствами системы как таковой. Семейная психотерапия ни в коем случае не ставит своей задачей менять людей, составляющих семью. Все люди, какими бы они ни были, могут жить более счастливо в своей семье. Препятствие этому не в том, что люди вокруг плохи, а в том, что сама семейная система функционирует неправильно. Вот это функционирование и можно изменить с помощью системной семейной психотерапии. Пионерами семейной психотерапии являются Мюррей Боуэн, Джей Хейли, Вирджиния Сатир, Карл Витакер, Сальвадор Минухин и другие.

Клиент-центрированный подход – направление психотерапии, характеризующееся ориентацией терапевта на рефлексивность и принятие непосредственных переживаний клиента, стимулированием к свободному выражению мыслей клиента. Клиент – центрированная терапия, изначально разработанная в 40-х годах Карлом Роджерсом (1902-1987), представляет собой постоянно развивающийся подход к человеческому росту и изменению. Ее центральная гипотеза заключается в том, что потенциал любого индивида к росту имеет тенденцию к раскрытию в отношениях, в которых тот, кто оказывает помощь, испытывает и выражает подлинность, реальность, заботу, глубокое и точное безоценочное понимание. Клиент-центрированный подход применим в любой сфере приложения человеческих усилий, где целью является психологический рост индивида.

Трансактный (транзактный) анализ – направление в психологии и психотерапии, созданное Э. Берном. Его теория транзактного анализа и сценарного программирования зарекомендовала себя как эффективное средство решения различных проблем пациентов. По аналогии с классическим психоанализом транзактный анализ ориентирован на выявление «сценариев» жизненных планов индивида, которые часто навязываются родителями. Этот анализ был расширен за счет «структурного анализа», при помощи которого в Я индивида, находящегося в различных коммуникативных ситуациях, выделяются три состояния: Родитель, действующий по типу отношения родителя к ребенку, Взрослый, объективно оценивающий реальность, и Ребенок, действующий по типу отношения ребенка к родителям.

Гештальт-терапия – (от нем. Gestalt – образ, форма, структура) – форма психотерапии, разработанная в рамках гештальтпсихологии Ф.Перлзом (1893 – 1970). Гештальт-терапия – это направление психотерапии, которое ставит своими целями расширение осознания человека и посредством этого лучшее понимание и принятие человеком себя, достижение большей внутриличностной целостности, большей наполненности и осмысленности жизни, улучшение контакта с внешним миром, в том числе с окружаю-

щими людьми. В результате гештальт-терапии клиент приобретает способность сознательно выбирать свое поведение, используя различные аспекты своей личности, сделать свою жизнь более наполненной, избавиться от невротических и других болезненных симптомов. Человек становится устойчивым к манипуляциям других людей и сам способен обходиться без манипуляций другими.

Телесно-ориентированная психотерапия – одно из направлений психотерапии, имеющее свою историю развития, свои школы. ТОП объединяет разнообразные теоретические и методологические подходы к воздействию на психику посредством изменений, производимых с телом. Основная идея ТОП – неотделимость тела от сознания, убеждение в том, что тело является проявлением личности и между ними имеется функциональное единство. Телесная психотерапия обращается к глубинным взаимосвязям, представляющим собой психо-телесные процессы, уделяя при этом одинаковое внимание как телесному, так и психическому компоненту. ТОП обладает большим набором техник (от «катарсических» до «телесной гомеопатии»): методами работы с дыханием, прикосновением, мышечным тонусом, позой, движением, чувственным осознанием, образами, языком и т.д., с помощью которых осознаются, изучаются и принимаются вытесненные аспекты опыта личности с целью его последующей интеграции.

Классический психоанализ – направление психотерапии, основанное на учении З. Фрейда, ставящее в центр внимания движущие силы душевной жизни, мотивы, влечения, смыслы. З.Фрейд разработал структурную схему психики, в которой выделил три уровня: сознательный, подсознательный и бессознательный. Для опосредования отношения бессознательного с другими уровнями служит цензура, которая вытесняет осуждаемые личностью чувства, мысли и желания в область бессознательного и не допускает обратный прорыв в сознание вытесненного содержания. Но бессознательное все же проявляется в поведении и психике человека – в обмолвках, описках, ошибках памяти, сновидениях, несчастных случаях, неврозах. Осознание этого в процессе психоаналитической терапии ведет к устранению болезненных симптомов.

**Нейролингвистическое программирование** – это своеобразная психотерапевтическая система, позволяющая посредством слова программировать себя и затем изменять эти программы. Здесь уместна аналогия с компьютером, начиненным различным программным обеспечением. У человека, помимо генетического программирования, формирование различных поведенческих стереотипов осуществляется условиями внешней среды, в том числе внушениями значимых лиц, а также самопрограммированием, особенно после переживания стрессовых ситуаций.

**Позитивная психотерапия** – синтезирует психодинамический, поведенческий и когнитивный подходы. Позитивная психотерапия исходит из того, что болезнь содержит в себе не только негативные, но позитивные аспекты. Нарушения рассматриваются как проявления односторонних форм переработки конфликтов, сложившихся в динамике семейного опыта и культуральных влияний. В работе с пациентом важны три главных принципа: надежд, баланса (гармонизации) и консультирования. Они же соответствуют и трем этапам работы с пациентом.

**Арт-терапия** представляет собой совокупность психокоррекционных методик, имеющих различия и особенности, определяющиеся как жанровой принадлежностью к определенному виду искусства, так и направленностью, технологией психокоррекционного лечебного применения.

Поскольку арт-терапия обеспечивается воздействием средствами искусства, то ее систематизации основываются, прежде всего, на специфике видов искусства (музыка – музыкотерапия; изобразительное искусство – изотерапия; театр, образ – имаготерапия; литература, книга – библиотерапия, танец, движение – кинезитерапия, сказкатерапия). В свою очередь каждый вид арт-терапии подразделяется на подвиды.

Однако было бы неверно рассматривать видовые различия арт-терапии только с точки зрения принадлежности к видам искусства. Виды арт-терапии в медицине и пси-

хологии дифференцируются в зависимости от лечебного и коррекционного воздействия на человека и формы его организации (индивидуальная, групповая). Однако основой для всех видов арт-терапии является художественная деятельность субъекта, посредством активизации которой осуществляется коррекция тех или иных нарушений в развитии человека.

## Практическая часть

### 1. Упражнение «5 шагов»

**Цель упражнения** – повысить готовность участников выделять приоритеты при планировании своих жизненных и профессиональных перспектив, а также готовность соотносить свои профессиональные цели и возможности.

**Среднее время на упражнение** – 30–40 минут.

**Процедура** включает следующие этапы:

1. Ведущий предлагает группе определить какую-либо интересную профессиональную цель, например, поступить в какое-то учебное заведение, оформиться на интересную работу, а может даже – совершить в перспективе что-то выдающееся на работе. Эта цель, так как ее сформулировала группа, выписывается на доске (или на листочке).

2. Ведущий предлагает группе определить, что за воображаемый человек должен достичь эту цель. Участники должны назвать его основные (воображаемые) характеристики последующим позициям: пол, возраст (желательно, чтобы этот человек был сверстником играющих), успеваемость в школе, материальное положение и социальный статус родителей и близких людей. Это все также кратко выписывается на доске.

3. Каждый участник на отдельном листочке должен выделить основные пять этапов (пять шагов), которые обеспечили бы достижение намеченной цели. На это отводится примерно 5 минут.

4. Далее все делятся на микрогруппы по 3–4 человека.

5. В каждой микрогруппе организуется обсуждение, чей вариант этапов достижения выделенной цели наиболее оптимальный и интересный (с учетом особенностей обозначенного выше человека). В итоге обсуждения каждая группа на новом листочке должна выписать самые оптимальные пять этапов. На все это отводится 5–7 минут.

6. Представитель от каждой группы кратко сообщает о наиболее важных пяти этапах, которые выделены в групповом обсуждении. Остальные участники могут задавать уточняющие вопросы. Возможна небольшая дискуссия (при наличии времени).

7. При общем подведении итогов игры можно посмотреть, насколько совпадают варианты, предложенные разными микрогруппами (нередко совпадение оказывается значительным). Также в итоговой дискуссии можно оценить совместными усилиями, насколько учитывались особенности человека, для которого и выделялись, пять этапов достижения профессиональной цели. Важно также определить, насколько выделенные этапы (шаги) реалистичны и соответствуют конкретной социально-экономической ситуации в стране, т.е. насколько общая ситуация в обществе позволяет (или не позволяет) осуществлять те или иные профессиональные и жизненные мечты. Вполне возможно проведение данного игрового упражнения и по другим процедурным схемам. К примеру, сначала каждый выделяет пять этапов на своих листочках, затем 2–3 желающих (добровольца) выходят к доске и выписывают свои предложения, после чего в общем, обсуждении рассматриваются по порядку этапы, выписанные этими участниками и выделяется наиболее оптимальный вариант. В другом случае, можно сразу разбить учащихся на группы и предложить им (без индивидуальной предварительной работы) составить общий вариант программы достижения намеченной цели (выписать пять шагов-этапов) для данного человека.

## 2. Упражнение «В детстве я хотел быть...»

**Цель упражнения:** формирование в группе доверительных отношений, пробуждение интереса к теме профессионального самоопределения.

Каждому участнику в течение трех минут предлагается написать на карточке, кем он хотел быть в детстве и почему. Затем анонимные карточки сдаются ведущему, который их перемешивает и вновь раздает участникам в случайном порядке. Каждый участник должен «вжиться» в полученный образ неизвестного автора, зачитать написанное, предположить, изменилось ли его мнение сейчас, когда он встал взрослее. Если изменилось, то почему? Остальные участники внимательно слушают, задают вопросы

### Тестовый контроль знаний

1. К способам психологической помощи относятся все нижеперечисленные за исключением:
  - а) психологического консультирования
  - б) психологической коррекции
  - в) психологической защиты
  - г) психотерапии в узком смысле
  - д) психотерапии в широком смысле
2. Способ психологической помощи, при котором происходит формирование «личностной позиции» называется:
  - а) психологическим консультированием
  - б) психологической коррекцией
  - в) психологической защитой
  - г) психотерапией в узком смысле
  - д) психотерапией в широком смысле
3. В рамках психологической коррекции происходит формирование:
  - а) личностной позиции
  - б) навыков адаптивного поведения
  - в) невротозустойчивости
  - г) фрустрационной толерантности
  - д) стрессоустойчивости
4. Психотические психопатологические симптомы и синдромы требуют использования:
  - а) психологического консультирования
  - б) психологической коррекции
  - в) психотерапии в узком смысле
  - г) психотерапии в широком смысле
  - д) ни один из ответов неверен
5. Изменение психической реальности человека в соответствии с целями и задачами кого-либо или чего-либо называется:
  - а) манипулированием
  - б) управлением
  - в) воздействием
  - г) психокоррекцией
  - д) формированием
6. Информирование клиента является существенным методом психологической помощи при:
  - а) психологическом консультировании
  - б) психологической коррекции
  - в) психотерапии в узком смысле
  - г) психотерапии в широком смысле
  - д) ни один из ответов неверен

7. Перевод одного вида «энергии» (например, сексуальной) в другой с формированием замещающей деятельности называется:

- а) вытеснением
- б) сублимацией
- в) проекцией
- г) переносом
- д) канализацией

8. Логотерапия – это:

- а) суггестивная психотерапия
- б) психотерапия с помощью поиска утраченного смысла бытия
- в) метод лечения заикания
- г) метод коррекции речи
- д) метод глубинного психоанализа

### Ответы

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
1	3	6	5
2	1	7	4
3	5	8	4
4	2		
5	1		

## Литература

---

1. А. Карелин. Большая энциклопедия психологических тестов. – М.: Эксмо, 2007. – 416 с.
2. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
3. Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. Методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике. – СПб.: Речь, 2007. – 320 с.
4. Зимняя И.А. Педагогическая психология: Учебник для вузов. – 2-е изд., доп., испр. и перераб. – М.: Логос, 2001. – 384 с.
5. Крысько В.Г. Психология и педагогика: Курс лекций / В.Г. Крысько. – 3-е изд. М.: Омега, Л., 2005. – 336 с. (Библиотека высшей школы).
6. Лихачев Б.Т. Педагогика: Курс лекций / Учебное пособие для студентов педагогических учебных заведений и слушателей ИПК и ФПК. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Юрайт, 2000. – 523 с.
7. Новиков А.М., Новиков Д.А. Образовательный проект (методология образовательной деятельности). – М.: «Эгвес», 2004. – 120 с.
8. Педагогика и психология высшей школы: Учебное пособие. – Ростов н/Д.: Феникс, 2002. – 544 с. Ответственный редактор М.В. Буланова–Топоркова.
9. Полат Е.С. Метод проектов на уроках иностранного языка // Иностранные языки в школе. – № 2, 3 – 2000.
10. Полат Е.С. Типология телекоммуникационных проектов // Наука и школа – № 4, 1997
11. Реан А.А., Бордовская Н.В., С.И.Розум. Психология и педагогика. – СПб.: Питер 2000. – 432 с.: ил. (Серия «Учебники нового поколения»).
12. Реан А.А., Коломинский Я.Л. Социальная педагогическая психология. – СПб.: ЗАО «Издательство «Питер»», 1999.
13. Столяренко Л.Д. Основы психологии: Практикум. – 7-е изд. – Ростов/на Д.: Феникс, 2006 – 704 с.
14. Абрамова Г.С. Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. – М.: Кафедра-М, 1998.
15. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Изд-во МГУ, 1986.
16. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. – Л., 1966.
17. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд-во МГУ, 1987.
18. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.: илл.
19. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002.
20. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. – М.: Эксмо, 2008.
21. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕД-пресс, 1998.
22. Анастаси А. Психологическое тестирование: Пер. с англ. – М., 1982.
23. Шапарь В.Б. Рабочая книга практического психолога / Виктор Шапарь, Александр Тимченко, Валерий Швыдченко. – М.: АСТ., Харьков: Торсинг, 2005.
24. Гамезо М.В., Домашенко И.А. Атлас по психологии: Информ.-метод. пособие по курсу Психология самосознания. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2000. – 672 с.
25. Лакосина Н.Д. Клиническая психология. Учеб. Для студентов медицинских вузов. – М.: МЕД пресс-информ, 2003.
26. Лакосина Н.Р., Ушаков Г.К. Учебное пособие по медицинской психологии. – Л, 1976.
27. Медицинская психология: новейший справочник практического психолога / сост. С.Л. Соловьева. – М.: 2006.
28. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: в 2т. – Т.1. – М., 1989.
29. Немов « Психология». – М., 2002.

Учебное издание

# ПСИХОЛОГИЯ

**Учебно-методическое пособие  
для студентов медицинских специальностей**

Компьютерный набор, корректура  
и форматирование автора  
Технический редактор Кулакова Г.А.  
Подписано в печать 02.11.2010  
Бумага офсетная.  
Гарнитура Times New Roman  
Формат 60×84 1/16  
Печать трафаретная. Печ. л. 17,75  
Тираж 500 экз. Заказ № 030-10

ISBN 978-5-91327-113-6



Отпечатано в типографии ИД «Академия Естествознания»,  
440026, г. Пенза, ул. Лермонтова, 3