

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»

Ф.В. Орлов  
А.В. Голенков  
О.Ю. Иванова

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие

Чебоксары  
2020

УДК 159.922.4

О-63

Р е ц е н з е н т ы:

*Ю.В. Дроздовский* – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России;

*А.В. Меринов* – д-р мед. наук, профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России

**Орлов Ф.В.**

**О-63** Медицинская психология: учеб. пособие / Ф.В. Орлов, А.В. Голенков, О.Ю. Иванова. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2020. 332 с.

ISBN 978-5-7677-3159-6

Содержит учебный материал по структуре и свойствам психических явлений, механизмам психологической защиты, аномальным психосоциальным ситуациям, представляющим существенный риск для развития психической патологии, психологической модели психического расстройства. Излагаются патопсихологические диагностические критерии психопатологических синдромов в соматической медицине. Рассматриваются роль психологических знаний для врача, вопросы психологии больного, лечебного процесса, проблемы взаимоотношений больного и врача. Описываются психологические и клинические основы психотерапии.

Для врачей-ординаторов, студентов медицинского факультета (направления подготовки «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Клиническая психология»).

Ответственный редактор д-р мед. наук, профессор А.В. Голенков

Утверждено Учебно-методическим советом университета

ISBN 978-5-7677-3159-6

УДК 159.922.4

© Издательство Чувашского университета, 2020

© Орлов Ф.В., Голенков А.В., Иванова О.Ю., 2020

## ВВЕДЕНИЕ

---

Для комплексной оценки здоровья человека врач должен обладать наряду с глубокими медико-биологическими знаниями не менее глубокими знаниями о его психическом состоянии. В процессе лечебно-диагностической работы он должен уметь распознавать все стороны психических явлений в норме и патологии, определять соотношения психического и соматического, применять психосоматический подход к здоровью и болезни. Это требование также следует из определения здоровья как состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней и физических дефектов (ВОЗ, 1946). Таким образом, необходимо не только восстановление соматического здоровья больного, но и обеспечение его оптимального психологического и социального функционирования. Биопсихосоциальный подход применим ко всем заболеваниям, так как любая болезнь дезорганизует психологическое равновесие и социальное функционирование человека. Он особенно значим при хронических соматических и психических заболеваниях, психосоматических расстройствах и неврозах. Адаптированная психическая деятельность является важнейшим фактором, обеспечивающим человеку состояние здоровья, обуславливает быстроту и качество выздоровления.

В практической деятельности врачу необходимо знание основных психологических подходов, касающихся личности, существенно различающихся по своим концептуальным основам. Процесс лечения любого заболевания сопровождается рядом психологических явлений, связанных с личностью больного, личностью врача и применяемыми методами лечения. Умение врача учитывать психологические факторы лечения позволяет ему более глубоко оценивать эффективность терапии и делать прогноз болезни. Разнообразие психологических воздействий с целью лечения больных или коррекции их поведения основано на различных теоретических подходах.

Вполне понятно, что неподготовленному специалисту крайне сложно разобраться в разнообразии подходов, техник и методик психотерапии. Необходимо также учитывать, что существу-

ет несколько моделей психотерапии (медицинская, психологическая, педагогическая, философская, духовная), в рамках которых могут наблюдаться диаметрально противоположные взгляды как на саму проблему человека, так и на способы помощи ему. Врачу любой специальности особенно важно не только понимать роль и возможности психотерапии в медицине, но и уметь применять в своей работе элементарные психотерапевтические техники. А это практически невозможно без понимания теоретических основ такого лечебного взаимодействия.

Медицинская психология изучает вопросы психосоматики, использует психологические закономерности в диагностике, лечении и профилактике заболеваний. Медицинская психология тесно связана со всеми клиническими дисциплинами, поэтому изучение основ психологии – одна из важнейших составляющих профессиональной подготовки медицинского работника. Изучение особенностей психики больного, психологических основ врачебной деятельности, закономерностей межличностных отношений и общения, психологии лечебного процесса является важным разделом медицинской психологии.

Большинство заболеваний, как психических, так и соматических, возникает вследствие воздействия комплекса биологических, психологических и социальных факторов. При психологическом подходе к заболеванию, использовании в диагностике и лечении заболеваний психологических методов обнаруживаются дополнительные ресурсы, способствующие выздоровлению. Самое непосредственное отношение к выздоровлению имеет прежде всего проблема психологии больного, ведущее место в которой занимает внутренняя картина болезни, т.е. субъективное восприятие болезни больным.

Концентрация внимания на соматической стороне протекания заболевания без анализа его психологического восприятия больным, сложность внутренней картины заболевания, ее многоаспектная обусловленность, амбивалентность переживаний пациента, многообразие отношений больного к заболеванию – все это способствует углублению противоречий между взглядами на заболевание врача и самого больного. Человек в ряде случаев рассматривает свою болезнь как трудно- или неизлечимую. Психология тяжелобольного человека – это мощный

барьер между ним и врачом. Преодолеть эти противоречия и этот барьер возможно на пути психологического изучения внутренней картины заболевания.

Учитывая внутреннюю картину болезни, можно влиять на возможности выздоровления и улучшение качества жизни. Во время болезни у пациента преобладают отрицательные эмоции, такие как страх, тревога, депрессия, состояние фрустрации, стыд и ряд других. Врач должен уметь ориентироваться в состоянии больного по внешним проявлениям эмоций (мимика, жесты, поза, речь и т.д.). Возникшие у пациента негативные переживания (страхи, отказ от сотрудничества, отчаяние) необходимо корректировать, исправлять, формировать позитивное отношение к ходу и исходу заболевания, лечащему врачу, медицинскому персоналу. Знание психологии, выявление типа отношения к болезни позволяют управлять мыслями, эмоциями, поведением больного.

Другая область применения психологии – достижение взаимопонимания пациента и врача. Знание психологии необходимо врачу для того, чтобы помочь больному стать участником лечебного процесса, активизировать его направленность на здоровье. У больного, не выполняющего врачебные назначения, трудно добиться устойчивого терапевтического результата. Сотрудничество больного с медицинским работником в процессе лечения – одно из основных условий успеха диагностических и лечебных мероприятий. Отношения с пациентом нужно строить на основе взаимного доверия и взаимной ответственности.

Сотрудничество с больным в большинстве случаев не достигается в связи с деонтологическими нарушениями со стороны врача. Специфические отношения, возникающие между врачом и больным, традиционно изучаются в медицинской этике, а именно в одном из ее разделов – деонтологии, науке о должном. Из представлений о должном складываются нравственные требования, а применительно к врачу они выступают в качестве его обязанностей и общих правил поведения.

Между этикой и психологией очень тесная связь. Если этика разъясняет нравственное значение тех или иных моральных качеств, действий и поступков, то психология раскрывает их психологическую природу и условия формирования. Важнейшее

нравственное требование к личности медицинского работника – человеколюбие (гуманизм). Чувство долга является основной чертой личности медицинского работника и обязывает врача делать все качественно и безукоризненно.

Успешность лечебного процесса в значительной мере зависит от профессионального поведения медицинского работника. Врач должен хорошо знать особенности своей эмоциональной сферы, ее сильные и слабые стороны. Необходимо уметь владеть своими эмоциями, дозировать их в нужное время и в адекватной ситуации. Большую помощь в работе оказывает способность сочувствовать, сопереживать другому человеку без опоры на речевые компоненты. Следствием вредного психического воздействия врача на больного может быть психогенная ятрогения. Ведущей причиной соматических ятрогений, возникающих вследствие вреда, нанесенного лекарствами, механическими манипуляциями, являются врачебные ошибки ввиду проявления безответственного поведения.

Врачебная деятельность сопряжена с большими психоэмоциональными нагрузками, поэтому обязательна профилактика собственного здоровья, на которое негативно влияют многочисленные факторы. Среди них наиболее опасны хронические стрессы и фрустрации. Нередко в лечебном процессе возникают стойкие негативно окрашенные эмоциональные отношения между пациентом и врачом: ненависть, агрессия со стороны больного, а иногда и его родственников. Это требует от врача выработку у себя адекватных защитных механизмов личности, умения владеть собой в трудных ситуациях. Неконструктивное взаимодействие врача с конфликтными больными, их родственниками может привести к так называемому синдрому эмоционального выгорания.

Психология больного включает такую важную проблему, как работа с безнадежными больными, которая тесно связана с вопросами умирания и смерти, страха и тревоги больного, переживающего свою болезнь. Особенно трудной является работа с детьми.

Следующая значимая проблема для врача – это отношения в медицинском коллективе, между врачами и обслуживающим персоналом, подчиненными и руководителями. Специфика дан-

ной проблемы состоит в строгой иерархии взаимоотношений всех участников медицинского коллектива. Проблема коллектива, особенно психологического климата в нем, становится одним из значимых факторов успешного исцеления больного.

В организации нормального лечебного процесса важной является проблема взаимоотношений между врачом и родственниками больного. Учет психологических особенностей людей и работа с ними по созданию положительного психологического климата должна вестись постоянно. Психологические эффекты при попадании в клинику носят название «синдром госпитализации». Здесь особенно вероятны конфликтные ситуации, требующие от врача и выдержки, и терпения, и умения разрешать, а еще лучше – предупреждать их.

Таким образом, анализ профессиональной деятельности врача показывает, насколько психологизирована его деятельность, как высоки требования к его личности. При самом беглом взгляде на профессиональную деятельность врача становятся понятными роль и значение его психологической подготовки.

## Глава 1

---

### СТРУКТУРА И РАЗВИТИЕ ПСИХИКИ

#### 1.1. Психические процессы, состояния и свойства

Психология изучает психические явления – психические процессы, состояния и свойства. Термин «*психический процесс*» подчеркивает процессуальный характер изучаемого явления. Это кратковременный процесс, в котором в течение секунд и минут психическое возникает, развивается и затухает. Подобный характер имеют в основном познавательные психические процессы – ощущения, восприятие, представление, воображение, память, мышление и эмоции. Если психическая деятельность носит более продолжительный характер, сохраняя свои качественные особенности в течение часов или дней, говорят о *психических состояниях* (установки, размышления, активность, тревожность и другие чувства). Это понятие характеризует относительное постоянство психического явления во времени.

*Психические свойства* – устойчивые психические особенности личности, постоянно проявляющиеся в поведении и деятельности, своеобразные и типичные для каждого человека (воля, характер, темперамент, способности). Психическая деятельность из состояния перерастает в постоянную черту.

Разделение на процессы, состояния и свойства относительно. С одной стороны, если процесс длится долго, его можно трактовать как состояние; с другой – многие состояния не существуют иначе как в форме процессов.

В отличие от других явлений окружающего мира душа не обладает никакими известными физико-химическими характеристиками. Психические явления представляют собой субъективные переживания, т.е. элементы нашего внутреннего опыта. Их принято подразделять на сознание и бессознательное.

## **1.2. Психологические характеристики сознания и психического бессознательного**

В один из периодов истории психологии психология рассматривалась как наука о сознании. При этом сознанием называли способность чувствовать, думать, желать. Однако не все психические явления осознаются человеком в данный момент. Сознание есть только одна из составляющих психики. Многие знания, отношения и переживания, составляющие внутренний мир человека, он может не осознавать. Непременной составной частью психической деятельности каждого человека является бессознательное.

Сознание – это прежде всего знание о чем-то, истинность которого можно проверить практикой. Сознательные процессы всегда известны их «хозяину», т.е. человек знает о наличии этого процесса в своей психике и может пользоваться его результатами. Этот процесс может быть обозначен словом или другим символом из языков общения, и поэтому передан другим людям. Осознать – значит еще и приобрести потенциальную возможность научить, передать свое знание другому. Сознательный процесс можно сравнить с аналогичными процессами у других людей, на основе чего возможны выводы и суждения объективного характера. Таким образом, сознание есть такое знание о мире, которое может быть передано другим людям посредством речи.

В клинической практике при оценке содержания сознания в каждом конкретном случае нужно исходить из того, что оно представлено следующими основными компонентами:

1. Предметное сознание – совокупность знаний человека об окружающем мире с сохранностью процессов познания. В функции сознания входит интеграция всех других психических процессов, обеспечение их взаимодействия, т.е. сочетаемость, последовательность, непрерывность и целенаправленность их протекания.

2. Самосознание – совокупность знаний о самом себе со способностью отделения себя от окружающего мира. Самосознание включает узнавание самого себя, самооценку своего телесного и психического.

3. Отношение к миру, наличие адекватных эмоциональных оценок и переживаний в отношениях с окружающим миром, людьми и самим собой. Происходит сопоставление ощущений, чувств, желаний, потребностей и норм, правил поведения.

4. Целеполагание (постановка цели) и возможность сосредоточения при организации психической и иной деятельности (построение планов, прогнозирование).

Человек с ясным сознанием оценивает вновь поступающую 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, а выражение его лица и взгляд гармонируют с внутренним состоянием и окружающей обстановкой.

Таким образом, *сознание* – это высший уровень психического отражения действительности и саморегуляции, проявляющийся способностью личности отдавать себе ясный отчет об окружающем, настоящем и прошлом времени, принимать решения и в соответствии с ситуацией управлять своим поведением.

*Бессознательные* психические явления представляют такую форму отражения действительности, при которой не отдается отчет в совершаемых действиях, утрачивается полнота ориентировки во времени и месте действия, нарушается речевое регулирование поведения. Значительная их часть протекает автоматически, несмотря на то, что при этом они выполняют свою регулируемую роль. Множество навыков, привычек, автоматизмов, эмоциональных переживаний, мыслительных актов, фантазии протекают на бессознательном уровне. Например, мы сознательно не контролируем ходьбу, письмо, другие процессы.

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. Начало мышления и его завершение (вывод) осознанны, 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 каких-либо предметов и явлений.

Сознание и подсознание постоянно взаимодействуют. Взаимоотношения осознаваемых и неосознаваемых психических процессов очень сложны. З. Фрейд показал, что бессознательные побуждения часто лежат в основе очагов скрытого напряжения, которые могут породить психологические трудности адаптации и даже заболевания.

### **1.3. Механизмы психологической защиты и совладания**

Организм человека является сложной динамической системой, непрерывно взаимодействующей с внешней средой и изменяющей свое внутреннее состояние. Сохранение гомеостаза, равновесия внутри организма, организма и окружающей среды определяется не только физиологическими и биохимическими, но и психологическими процессами. Важнейшим фактором, обеспечивающим человеку состояние здоровья, является адаптированная психическая деятельность.

В ответ на действие вредоносных факторов в организме запускаются механизмы физиологической защиты, направленные на восстановление нарушенного гомеостаза. Аналогично действуют психические адаптивные процессы в ситуации конфликта и высокого эмоционального напряжения, предохраняющие сознание и психику в целом от болезненных чувств и воспоминаний. Адаптивные механизмы, направленные на снижение патогенного эмоционального напряжения и предохраняющие от развития психических и психосоматических нарушений, представляют собой *механизм психологической защиты*.

Представление о механизмах психологической защиты сформировалось в рамках психоаналитического направления в психологии. Они выступали как средство разрешения конфликта сознания и бессознательного. Механизмы психологической защиты направлены на уменьшение тревоги, вызванной интрапсихическим конфликтом, и представляют собой специфические

бессознательные процессы, с помощью которых сохраняется интегративность и адаптивность личности. Эта концепция в рамках психоанализа подвергалась определенным изменениям.

В современном представлении механизм психологической защиты – это способ борьбы против болезненных, непереносимых для субъекта переживаний. Защитная перестройка направлена на быстрое снижение уровня эмоционального напряжения (способствует хотя и временному, но определенному лечебному эффекту), предотвращая дальнейшее развитие психологических и физиологических нарушений. При этом механизмы психологической защиты искажают реальность с целью сохранения психического здоровья и целостности личности. Возникающие в стрессовых, кризисных и других конфликтных ситуациях чувства тревоги, страха, гнева, стыда, фрустрация, связанная с блокированием значимой потребности, запускают механизмы психологической защиты в целях ослабления психического дискомфорта и сохранения соответствующего уровня самооценки. В этом случае цена психического здоровья – искаженные действительность, образ «Я», внешний мир. Механизмы психологической защиты формируются первоначально в межличностных отношениях, затем становятся внутренними характеристиками человека, т.е. происходит научение тем или иным защитным формам поведения. Таким образом, основной функцией механизмов психологической защиты является сохранение личностной целостности, психического здоровья, определенного образа «Я», регуляция межличностных отношений.

Адаптивный процесс происходит, как правило, в рамках неосознаваемой деятельности психики с помощью целого ряда механизмов психологической защиты, одни из которых действуют на уровне восприятия (например, вытеснение), другие – на уровне трансформации (искажения) информации (например, рационализация).

Основными проявлениями защитных механизмов являются:

– импульсивность, т.е. механизмы психологической защиты не зависят от воли;

– искажение или отрицание реальности;

– отсутствие осознания субъектом своих защитных форм поведения.

То, какие защитные механизмы будут преобладать у конкретного человека, определяется его индивидуальным опытом. Частое использование механизмов психологической защиты приводит к дезадаптивным стереотипам, ригидности мышления, поведения, переживаний. Такие защитные механизмы становятся патологическими.

Наиболее распространенные и важные механизмы психологической защиты могут быть сгруппированы следующим образом.

Первую группу составляют защитные механизмы, которые объединяет отсутствие переработки содержания психотравмирующей информации, т.е. того, что подвергается вытеснению, подавлению, блокированию или отрицанию.

*Вытеснение* – устранение из области сознания болезненных, противоречивых чувств и воспоминаний, неприемлемых желаний и мыслей в бессознательное, вследствие чего психотравмирующая информация не осознается пациентом. Проблема из психики не удаляется, поэтому травмирующее влияние проблемы на психику и эмоциональное напряжение сохраняются. Вытеснение проявляется в оговорках, описках, шутках. Вытесненные переживания часто являются причиной так называемых немотивированных поступков. Человек, использующий вытеснение как психологическую защиту, напоминает лгуна, который хочет скрыть от других ситуации, в которых он проявил себя не с лучшей стороны. Вытеснение – наименее дифференцированный и нередко малоэффективный способ защиты, но в той или иной мере он присоединяется к действию всех других защитных механизмов.

Близкими к описанному способу защиты считаются механизмы *перцептивной защиты* – автоматические реакции невосприятия при наличии болезненного расхождения между поступающей и имеющейся информацией, *подавление* – ограничение действий и мыслей, чтобы избежать те, которые могут вызвать тревогу, отвлечение внимания от осознаваемых конфликтов, *блокирование* – временная задержка эмоций, мыслей или действий, вызывающих тревогу, *отрицание* – избегание травмирующих психику мыслей, чувств; непризнание, отвергание ситуаций, конфликтов; игнорирование болезненной реальности, фактов.

Отрицание действует, когда человек не желает что-либо признавать. Чаще всего врачам приходится сталкиваться с механизмом психологической защиты типа отрицания при угрожающих жизни или социальному статусу человека заболеваниях (онкологических, психических). Отрицание лежит в основе анозогнозического типа отношения к болезни. Например, женщина с симптомами, которые могут являться проявлением рака молочной железы, может думать так: «Это ничего, я уверена, что мне ничего не грозит», или: «Я ничего не чувствую, это меня не беспокоит». При этом имеет место выражение невербальных признаков тревоги. Естественно, что такая пациентка окажется в группе лиц, поздно обратившихся за медицинской помощью. В некоторых случаях отрицание может положительно влиять на процесс выздоровления после хирургических вмешательств. Отрицание угрожающих аспектов операции, ограничение знаний о ходе ее течения и возможных осложнениях, отказ от вопросов, связанных с операцией, уменьшает риск невротизации после операции и открывает простор для быстрой послеоперационной реабилитации.

Вторая группа механизмов психологической защиты (рационализация, интеллектуализация, изоляция, реактивное образование, смещение, идентификация, проекция) связана с преобразованием (искажением) содержания мыслей, чувств, поведения больного.

*Рационализация* – механизм психологической защиты, посредством которого индивид оправдывает свои неудачи или переживания через снижение ценности недоступного для личности опыта. Классический пример – логическое объяснение детей, почему они опоздали на урок. Рационализация проявляется в псевдообъяснении больным собственных неприемлемых желаний, убеждений и поступков с целью самооправдания, так как осознание их истинного содержания может привести к снижению чувства собственной ценности, повышению тревоги и другим отрицательным переживаниям.

Данный механизм психологической защиты предусматривает своего рода самообман, когда имеет место бессознательная попытка разумно и выгодно обосновать какую-либо нелепую идею, свои отрицательные поступки, интерпретировать по-

своему негативные личностные черты (например, агрессивность как активность, безразличие как независимость, скупость как бережливость). Человек, не вступившийся за несправедливо обиженного, заявляет, спасая самоуважение, что не знал, не успел, или оправдывает свой неблагоприятный поступок какими-либо общими интересами («с волками жить – по-волчьи выть»), отказывается от решения семейных проблем, считая их характерными для современной семьи и не зависящими от одного члена семьи.

*Интеллектуализация* – механизм психологической защиты, при котором преобладает «умственный» способ переживания конфликтов, неосознаваемый контроль над своими эмоциями, чувствами и желаниями посредством размышления, рассуждения вместо их непосредственного переживания. Характерными признаками являются чрезмерно рассудочный способ представления и попытки решения конфликтных тем без ощущения связанных с ситуацией аффектов. В ответ на реакцию страха на возникшее заболевание и его исход больной собирает информацию о заболевании и прогнозе, изучает механизм действия лекарственных препаратов, что дает субъективный контроль над ситуацией и снижает эмоциональное напряжение.

Близким к описанному способу защиты является механизм *изоляции*, посредством которого психотравмирующая ситуация в сознании предстает в отрыве от эмоций. Механизм изоляции состоит в отделении эмоций от конкретного психического содержания, в результате чего последнее вытесняется или связывается с другим, менее значимым, представлением, и таким образом эмоциональное напряжение снижается.

*Реактивное образование*, или *образование противоположной реакции*, – замена непереносимой для сознания тенденции на противоположную. Например, человек с вытесняемой враждебностью по отношению к окружающим неосознанно принимает установку и поведение послушного и уступчивого. Так, жена, которую часто бьет муж, заявляет: «Бьет – значит любит». Подчиненный, который в глубине души ненавидит своего начальника, в присутствии последнего становится подчеркнуто вежливым.

*Смещение* – перенос сильных чувств с одного объекта на другой: реальный объект, на который могли быть направлены

негативные чувства, заменяется более безопасным (например, сдерживаемая агрессия в отношении авторитетного лица перемещается на других, зависимых от него, людей). Этот механизм весьма распространен в обыденной жизни, где люди выплёскивают эмоции на более близкого человека либо на более слабого. Например, неприятности на работе и унижения со стороны начальника приводят к вымещению накопившейся агрессии на членах семьи. В рамках этого механизма возникло расхожее выражение «козел отпущения» (о человеке на которого смещаются отрицательные эмоции).

В отличие от механизма смещения при *идентификации* происходит отождествление себя с более сильной или значимой личностью. В частности, в зависимости от ассоциируемого с человеком чувства страха или любви имитируется агрессивная или дружелюбная манера поведения. Этот механизм психологической защиты наиболее ярко проявляется в детском и подростковом возрасте. Известно, что ребенок, подвергшийся жестокому обращению или насилию, впоследствии сам становится агрессором и насильником. В основе этого лежит идентификация с объектом агрессии.

В случае защитного механизма *проекции* происходит приписывание собственных неприемлемых мыслей, чувств, желаний, черт характера другим людям. Человек при этом может признавать наличие у него негативных черт, но считает ответственными за их возникновение других. Суть этого механизма защиты раскрывается в высказывании: «Что ты смотришь на сучок в глазе брата своего, а бревна в твоём глазе не чувствуешь?». Люди, склонные к защитной проекции, отличаются низкой самооценкой, необъективными знаниями о себе, устремленностью в прошлое, наличием неприемлемых мотивов, желаний.

Третью группу способов психологической защиты составляют механизмы разрядки отрицательного эмоционального напряжения (реализация в действии, соматизация тревоги, сублимация).

При *реализации в действии* аффективная разрядка осуществляется посредством различных движений, действий. Данный механизм составляет основу развития психологической зависи-

мости от психоактивных веществ, гиперфагии, гневной агрессии, суицидальных попыток у демонстративно-возбудимых личностей.

*Соматизация тревоги* – это превращение психоэмоционального напряжения в телесный болезненный симптом. Защитный механизм соматизации тревоги или какого-либо отрицательного аффекта проявляется в психовегетативных и конверсионных синдромах. У студента, испытывающего тревожный страх перед экзаменом, может развиваться функциональное соматическое расстройство, например, кардиальный синдром с неприятными ощущениями в области сердца, частым сильным сердцебиением или церебральный – с головными болями, головокружением, гастралгический, абдоминальный и другие синдромы. Если данный механизм психологической защиты будет преобладать в различных ситуациях, может развиваться психосоматическое заболевание.

К защитным механизмам личности относится *сублимация* – превращение энергии социально неприемлемых инстинктивных импульсов в социально приемлемые виды деятельности. В этом случае нерастратенная энергия либидозных и разрушительных инстинктов направляется на учебу, в науку, спорт, политику, искусство и др.

К четвертой группе могут быть отнесены механизмы психологической защиты манипулятивного типа (регрессия, фантазирование, «уход в болезнь»).

При защитном механизме *регрессии* происходит возвращение к характерным для раннего периода развития человека инфантильным личностным реакциям, проявляющимся в демонстрации беспомощности, зависимости, детскости поведения. Таким образом, происходит уменьшение тревоги и уход от требований реальной действительности. Проявлением крайней степени регрессии являются истерические психозы.

Посредством механизма *фантазирования* человек украшает себя и свою жизнь, повышая таким образом свою самооценку и устанавливая контроль над окружением. В своих фантазиях человек может быть кем угодно, поступать так, как хочется. Данный механизм формирует способность к прогнозированию будущего.

Известен также защитный механизм «ухода в болезнь», при котором болезненным состоянием человек оправдывает свою несостоятельность, уход от ответственности и необходимости самостоятельно решать проблемы.

Общепринятой классификации механизмов психологической защиты до сих пор не существует, и список защитных механизмов может быть дополнен. Защитные механизмы в некоторой степени способствуют стабилизации «Я» личности больного, но приводят к неадаптивной ригидности его поведения, ограничивают возможности вскрытия и разрешения внутриличностного конфликта. В системе адаптивных реакций пациента механизмы психологической защиты тесно связаны с механизмами совладания как активными, преимущественно сознательными усилиями больного, направленными на овладение ситуацией или проблемой.

При диагностике механизмов психологической защиты в последние годы широко используется экспериментально-психологическая методика «Индекс жизненного стиля». Этот опросник, адаптированный в Институте им. В.М. Бехтерева, позволяет оценить частоту использования индивидом в повседневной жизни того или иного защитного механизма и выявить свойственную ему структуру защитного реагирования. Опросник определяет выраженность восьми основных механизмов «Эго»-защиты: вытеснение, отрицание, проекция, интеллектуализация, реактивное образование, регрессия, компенсация, замещение.

Изучение поведения человека в стрессовых ситуациях привело к выявлению механизмов совладания, т.е. механизмов приспособления организма, которые могут быть успешными или неуспешными. Психологические механизмы сознательного совладания с ситуацией называются *копинг-механизмами*.

Впервые термин «coping» использовал Л. Мэрфи (1962) в исследованиях способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. К ним относилось стремление личности, направленное на решение определенной проблемы или овладение трудной ситуацией.

В последующем понимание копинг-механизма было тесно связано с исследованиями психологического стресса. Р. Лазарус

(1966) определял копинг-механизмы как стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы, в частности в условиях приспособления к болезни как угрозе физическому, личностному и социальному благополучию.

В теории копинг-поведения выделяются базисные копинг-стратегии: разрешение проблем, поиск социальной поддержки, избегание. Копинг-стратегия *разрешения проблем* отражает способность человека определять проблему и находить альтернативные решения, эффективно справляться со стрессовыми ситуациями, способствуя сохранению как психического, так и физического здоровья.

Копинг-стратегия *поиска социальной поддержки* позволяет при помощи актуальных когнитивных, эмоциональных и поведенческих ответов успешно совладать со стрессовой ситуацией. Отмечаются некоторые половые и возрастные различия в особенностях социальной поддержки. Молодые пациенты наиболее важным в социальной поддержке считают возможность обсуждения своих переживаний, а пожилые – доверительные отношения.

Копинг-стратегия *избегания* позволяет личности уменьшить эмоциональное напряжение, эмоциональный компонент дистресса до изменения самой ситуации. Активное использование индивидом копинг-стратегии избегания может рассматриваться как преобладание в поведении мотивации избегания неудачи над мотивацией достижения успеха, а также как сигнал о возможных внутриличностных конфликтах.

Механизмы приспособления личности к болезни на разных этапах заболевания и его лечения чрезвычайно многообразны – от активных, гибких и конструктивных, до пассивных, ригидных и дезадаптивных. Типы копинг-механизмов могут проявляться когнитивными, эмоциональными и поведенческими стратегиями функционирования личности больного.

К *когнитивным* стратегиям относятся следующие копинг-механизмы:

1) отвлечение или переключение мыслей на другие, «более важные», темы, чем болезнь;

2) принятие болезни как чего-то неизбежного, проявление определенной философии стоицизма;

3) диссимуляция болезни, игнорирование, снижение ее серьезности, даже подшучивание над болезнью;

4) стремление не показывать своего болезненного состояния другим;

5) проблемный анализ болезни и ее последствий, поиск соответствующей информации, расспрос врачей, обдумывание, взвешенный подход к решениям;

6) относительность в оценке болезни, сравнение с другими большими, находящимися в худшем положении;

7) религиозность, стойкость в вере («со мною Бог»);

8) придание болезни значения и смысла, например отношение к болезни как к вызову судьбы или проверке стойкости духа;

9) самоуважение – более глубокое осознание собственной ценности как личности.

*Эмоциональные* стратегии копинг-механизмов проявляются в виде переживания протеста, возмущения, противостояния болезни и ее последствиям; эмоциональной разрядки – отреагирования чувств, вызванных болезнью, например плачем; изоляции – подавления, недопущения чувств, адекватных ситуации; пассивного сотрудничества – доверия с передачей ответственности психотерапевту; покорности, фатализма, капитуляции; самообвинения, возложения вины на себя; переживания злости, раздражения, связанных с ограничением жизни болезнью; сохранения самообладания – равновесия, самоконтроля.

*Поведенческими* стратегиями копинг-механизмов являются следующие: отвлечение – обращение к какой-либо деятельности, уход в работу; альтруизм – забота о других, когда собственные потребности отодвигаются на второй план; активное избегание – стремление избегать «погружения» в процесс лечения; компенсация – отвлекающее исполнение каких-то собственных желаний, например покупка чего-то для себя; конструктивная активность – удовлетворение какой-то давней потребности, например, совершить путешествие; уединение – пребывание в покое, размышление о себе; активное сотрудничество – ответственное участие в диагностическом и лечебном процессе; поиск эмоциональной поддержки – стремление быть выслушанным, встретить содействие и понимание.

Копинг-поведение наряду с механизмами психологической защиты рассматривается как важнейшая форма адаптационных процессов и реагирования индивидов на стрессовые ситуации. По степени адаптивных возможностей выделяют адаптивное, относительно адаптивное и неадаптивное копинг-поведение.

При исследовании механизмов совладания применяется опросник Э. Хейма, а также психодиагностическая методика «Индикатор стратегий преодоления стресса», созданная Д. Амирханом (1990) и адаптированная В.М. Ялтонским (1994). Методика представляет собой самооценочный опросник, определяющий базисные копинг-стратегии (разрешение проблем, поиск социальной поддержки и избегание) и их выраженность – структуру совладающего со стрессом поведения.

#### **1.4. Психологические особенности возрастных периодов**

Психическое развитие имеет свои особенности, соответствующие возрастным периодам, которые медицинские работники должны учитывать в работе с пациентами. В каждом из возрастов происходят физиологические и психологические изменения, складываются новые психические качества, в связи с чем возможно возникновение психических и поведенческих нарушений.

Традиционно принято разделять жизненный цикл на пренатальный (внутриутробный) период, детство, отрочество, зрелость (взрослое состояние), преклонный возраст, или старость. В свою очередь, каждый из периодов состоит из нескольких стадий, имеющих ряд характерных особенностей.

*Пренатальный* период включает три стадии:

1. Предзародышевая стадия длится две недели, соответствует развитию оплодотворенной яйцеклетки до внедрения ее в стенку матки и образования пупочного канатика.

2. Зародышевая (эмбриональная) стадия – с начала третьей недели после оплодотворения до конца второго месяца развития. На этой стадии происходит анатомическая и физиологическая дифференциация различных органов.

3. Стадия плода начинается с третьего месяца развития и завершается к моменту родов. В это время происходит развитие

систем организма, которые позволяют ему выжить после рождения. Способность к выживанию в воздушной среде плод приобретает в начале седьмого месяца, поэтому начиная с этого времени плод уже называется ребенком.

Период *детства* включает стадии новорожденности и младенчество (от рождения до года), раннего детства (с 1 года до 3 лет) – период развития функциональной независимости и речи, дошкольного детства (от 3 до 6 лет), характеризующуюся развитием личности ребенка и когнитивных процессов, младшего школьного детства (с 6 до 11-12 лет), соответствующую включению ребенка в социальную группу и развитию интеллектуальных знаний и умений.

*Отрочество* делится на подростковый и юношеский периоды. Подростковый, или пубертатный, период соответствует половому созреванию и продолжается с 11-12 до 14-15 лет. В это время под влиянием конституционных сдвигов у подростка формируется новое представление о себе. Юношеский (ювенильный) период (с 16 до 20-23 лет) – переход к зрелости. С биологической точки зрения человек уже взрослый, но социальной зрелости еще не достиг: юности свойственно чувство психологической независимости, хотя подросток еще не взял на себя никаких социальных обязательств. Юность выступает как период принятия ответственных решений, определяющих всю дальнейшую жизнь человека: выбор профессии и своего места в жизни, выбор смысла жизни, формирование своего мировоззрения и самосознания, выбор спутника жизни.

*Зрелость* разделяют на ряд стадий: ранняя зрелость (21-25 лет), средняя зрелость (26-40 лет), поздняя зрелость (41-55 лет), предпенсионный возраст (56-65 лет).

Период *старения* состоит из трех стадий: удаление от дел (66-70 лет), старость (71-90 лет), дряхлость (после 90 лет). Необходимо учитывать, что скорость возрастного развития, созревания и старения характеризуется очень большой индивидуальной вариативностью. О возрасте с 65 до 75 лет говорят как о первой старости. После 75 лет возраст считается преклонным, когда человек переосмысливает всю свою жизнь, осознает свое «Я» в духовных раздумьях о прожитых годах и либо принимает

свою жизнь как неповторимую судьбу, которую не надо переделывать, либо осознает, что жизнь прошла неверно, зря.

Отдельные психические функции и личностные качества человека имеют определенную траекторию изменений во времени. В разные возрастные периоды психическое развитие может ускоряться или замедляться. Известно, например, что увеличение темпов развития характерно для подросткового периода и относительное замедление – для периода зрелости.

Развитие и достижение оптимума физиологических функций, интеллектуальных, творческих способностей и социальное развитие во времени не совпадают. Сенсорное развитие достигает фазы зрелости в 18-25 лет, интеллектуальные, творческие способности могут достигать в среднем своего оптимума в 35 лет, а личностная зрелость – в 50-60 лет. Это создает благоприятные условия для возрастного индивидуального развития человека на протяжении всей его жизни. В период роста быстрее всего развиваются именно те функции, которые имеют первостепенное значение для развития других функций (например, сенсорные).

Неравномерность психического развития (гетерохронность) находит свое отражение в существовании нескольких видов возрастов. Существует понятие паспортного возраста, который определяется количеством прожитых лет. Биологический возраст определяется степенью зрелости организма, нервной системы, износа организма. Социальный возраст определяется исходя из тех социальных ролей и функций, которые выполняет человек. Психологический возраст определяется характером планов, перспектив будущей жизни: чем больше у человека нереализованных планов, тем меньше его психологический возраст. Очень часто перенесенная тяжелая болезнь, инвалидность изменяют эту внутреннюю систему отсчета и резко увеличивают психологический возраст личности, повышая удельный вес психологического прошлого.

Люди, продолжающие образование в зрелом возрасте, занимающиеся умственной деятельностью, характеризуются более высокой сохранностью психофизиологических, сенсомоторных, интеллектуальных функций на всем диапазоне зрелости. Развитие речемыслительных функций замедляет процесс старе-

ния. К психологическим факторам возрастного развития, противостоящим общему процессу старения, можно отнести сенсбилизацию функций в процессе трудовой деятельности. Так, например, было показано, что у лиц водительских профессий острота зрения, поле зрения, глазомер оставались сохранными вплоть до пенсионного возраста благодаря включенности их в профессиональную деятельность.

По мере становления личности растет целостность, интегративность ее психической организации, усиливается взаимосвязь различных свойств и характеристик, накапливаются новые потенциалы развития. От возраста ребенка, периода его развития зависит уровень реагирования и характер нервно-психических расстройств. Для ребенка первого года жизни характерен соматовегетативный уровень реагирования (повышение температуры, рвота, дисфункция кишечника). Основной способ реагирования у ребенка до 5 лет – психомоторное (речевое, двигательное). В возрасте от 5 до 7 лет формируется аффективный уровень реагирования (формирование страха). В дальнейшем наблюдается аффективно-идеаторный тип реагирования. Происходит постепенное устранение рассогласований между свойствами разных уровней, человек становится более цельным, интегрированным.

С когнитивным развитием тесно связано нравственное развитие, т.е. способность выносить моральные суждения. До 10 лет (*преднравственный* уровень) ребенок оценивает поступок как плохой или хороший в соответствии с правилами, усвоенными им от взрослых, склонен судить о поступках по важности их последствий, а не по намерениям человека. Суждение выносится в зависимости от того вознаграждения или наказания, которое может повлечь за собой этот поступок, в соответствии с той пользой, которую из него можно извлечь. Ребенок начинает судить о поступках по обусловившим их намерениям, понимая, что намерения важнее результатов совершенного поступка. С 10 до 13 лет (*конвенциональный* уровень) ребенок ориентируется на принципы других людей и законы. Суждение основывается на том, получит или нет поступок одобрение других людей. Оно выносится в соответствии с ус-

тановленным порядком и официальными законами общества. С 13 лет (*постконвенционный* уровень) человек судит о поведении исходя из собственных критериев. Оправдание поступка основывается на уважении прав человека или признании демократически принятого решения. Поступок квалифицируется как правильный, если он продиктован совестью, независимо от его законности или мнения других людей.

### **1.5. Особенности психологического развития. Возрастные кризисы**

Психическое развитие человека характеризуется наличием сенситивных и критических периодов. Под *сенситивными* периодами развития понимают периоды наибольшей чувствительности функций, готовности к разным видам деятельности. Так, например, периодом, сенситивным для обучения языку, является 2-3-летний возраст. При переходе от одной возрастной стадии развития к другой выделяют *критические* периоды, или *кризисы*, когда происходит разрушение прежней формы отношений человека с окружающим миром и формирование новой системы взаимоотношений, что сопровождается значительными психологическими трудностями для самого человека и его социального окружения.

Возрастные кризисы представляют собой переходные фазы от одного возрастного периода к другому, своеобразные переломные моменты человеческого развития, в недрах которых зреет качественный скачок, переход на новый уровень развития. Критические периоды характеризуются, с одной стороны, снижением многих показателей, захватывающих разные уровни индивидуальности, с другой – появлением рассогласований, противоречий, что ведет к возникновению новых продуктивных тенденций развития.

Выделяют малые (кризис 1 года, кризис 7 лет, кризис 17-18 лет) и большие кризисы (кризис новорожденности, кризис 3 лет, подростковый кризис 13-14 лет). При больших кризисах перестраиваются отношения ребенка и общества, а малые кризисы проходят внешне спокойнее, что связано с нарастанием умений и самостоятельности человека. В период критической

фазы дети трудновоспитуемы, проявляют упрямство, негативизм, строптивость, непослушание.

М. Эриксон, опираясь на представления З. Фрейда о психосексуальном развитии человека, разработал теорию, в которой акцентируются социальные аспекты данного развития. Оно рассматривается как процесс интеграции индивидуальных биологических факторов с факторами воспитания и социокультурального окружения. По мнению М. Эриксона, человек на протяжении жизни переживает восемь психосоциальных кризисов, специфических для каждого возраста, благоприятный или неблагоприятный исход которых определяет возможность последующего расцвета личности.

*Первый* кризис человек переживает на первом году жизни. Ребенок наиболее беспомощен в момент своего рождения, он максимально нуждается во взрослом и в то же время не имеет специфических средств воздействия на него. К моменту рождения у ребенка нет ни одного заранее сформированного поведенческого акта. Все складывается по мере развития. В этом заключается биологическая сущность беспомощности. Наблюдая новорожденного, можно видеть, что даже сосанию он учится. У ребенка есть врожденные рефлексы, однако эти рефлексы не служат основой для формирования человеческих форм поведения. Они связаны с тем, удовлетворяются или нет основные физиологические потребности ребенка ухаживающим за ним человеком. В первом случае у ребенка развивается чувство глубокого доверия к окружающему его миру, а во втором, наоборот, – недоверие к нему.

*Второй* кризис (от года до трех лет, автономия или стыд и сомнение) связан с первым опытом обучения, особенно с приучением ребенка к чистоплотности. Если родители понимают ребенка и помогают ему контролировать естественные отправления, ребенок получает опыт автономии и имеет больше уверенности в себе. Напротив, слишком строгий или слишком непоследовательный внешний контроль приводит к развитию у ребенка стыда или сомнений, воспитывает в ребенке неуверенность в себе.

Кризис трех лет (определение Л.С. Выготского) представляет собой утверждение самостоятельности, ломку взаимоотно-

шений, которые существовали до сих пор между ребенком и взрослым. К концу раннего возраста возникает тенденция к самостоятельной деятельности. Феномен «Я сам» означает не только возникновение внешне заметной самостоятельности, но и одновременно отделение ребенка от взрослого человека. Ребенок, отделяясь от взрослого, устанавливает с ним более глубокие отношения. Важными симптомами этого кризиса являются негативизм (отказ ребенка подчиняться определенным требованиям взрослых), упрямство (ребенок настаивает на своем требовании, своем решении), строптивость (протест против порядков, которые существуют дома), своеволие (ребенок сам хочет что-то делать), обесценивание авторитета взрослых, протест – бунт, который проявляется в частых ссорах с родителями.

*Третий* кризис (от трех до шести лет, инициатива или вина) соответствует второму детству. В этом возрасте происходит самоутверждение ребенка. Планы, которые он постоянно строит и которые ему позволяют осуществить, способствуют развитию у него чувства инициативы. Наоборот, переживание повторных неудач и безответственности могут привести его к покорности и чувству вины. Отделение от взрослого создает новую социальную ситуацию, в которой ребенок стремится к самостоятельности. Поскольку ребенок уже открыл, что существуют взрослые, то перед ним возникает сложный мир взрослых людей. До этого времени ребенок привык жить вместе со взрослыми. Эта тенденция сохраняется, но должна быть другая совместная жизнь – ребенка в жизни взрослых. Но ребенок не может еще принять участие в той жизни, которую они ведут. Формой идеальной совместной жизни со взрослыми становится для ребенка игра и другие виды деятельности: рисование, лепка.

С концом дошкольного детства связан кризис семи лет, один из основных симптомов которого – потеря ребенком непосредственности. При этом дети нередко начинают манерничать и паясничать. Примером этого кризиса может быть симптом «горькой конфеты», когда ребенку плохо, но он старается этого не показать, и если за плохую работу ребенок оценивается хорошо, то это его огорчает. Возникают трудности воспитания, ребенок замыкается в себе, становится неуправляемым.

*Четвертый* кризис (6-12 лет, самодостаточность против неуверенности в себе) происходит в школьном возрасте. В школе ребенок учится работать (учиться), готовясь к выполнению будущих задач. В зависимости от царящей в школе атмосферы и принятых методов воспитания у ребенка развивается вкус к работе или же, напротив, чувство неполноценности, как в плане использования средств и возможностей, так и в плане собственного статуса среди сверстников.

*Пятый* кризис (12-19 лет, эго-идентичность или смешение идентичности) переживают подростки обоего пола в процессе идентификации, т.е. усвоения образцов поведения значимых для них людей. Этот процесс предполагает объединение прошлого опыта подростка, его потенциальных возможностей и выбора, который он должен сделать. Неспособность к идентификации или связанные с ней трудности могут привести к путанице ролей, которые подросток играет или будет играть в аффективной, социальной и профессиональной сферах.

*Шестой* кризис (20-25 лет, интимность или изоляция) свойствен молодым взрослым людям. Он связан с поиском близости с любимым человеком, вместе с которым ему предстоит совершать цикл «работа – рождение детей – отдых», чтобы обеспечить своим детям надлежащее развитие. Отсутствие подобного опыта приводит к изоляции человека и его замыканию на самом себе. В 33-35 лет, достигнув определенного социального и семейного положения, человек с тревогой начинает думать: «Неужели это все, что может дать мне жизнь? Неужели нет ничего лучшего?». И некоторые начинают лихорадочно менять что-то в своей жизни: работу, супруга, место жительства, хобби и пр. Затем наступает недолгий период стабилизации (от 35 до 40-43 лет), когда человек закрепляет все то, чего он достиг, уверен в своем профессиональном мастерстве, своем авторитете, имеет приемлемый уровень успеха в карьере и материального достатка. У него нормализуется здоровье, положение в семье, сексе.

*Седьмой* кризис (26-64 года, период зрелости, продуктивность или застой). Этот возрастной период – время создания семьи, принятие на себя роли родителя, построение и развитие

карьеры. От уровня реализации себя в этих жизненных сферах зависит то, насколько успешным будет чувствовать себя человек на протяжении всей жизни. Если поставленные ранее цели не достигнуты, то стремление к совершенствованию может остановиться. Чувство собственной непродуктивности тормозит дальнейший ход развития.

Некоторые авторы (К. Юнг, Д. Левинсон, Г. Шихи) также выделяют кризис середины жизни, переживаемый человеком в 40-летнем возрасте. Он наступает вслед за периодом стабильности, когда человек начинает чувствовать приближение среднего возраста, когда появляются первые признаки ухудшения здоровья, потери красоты и физической формы, отчуждения в семье и в отношениях с повзрослевшими детьми, приходит опасение, что уже ничего лучшего не получить в жизни, карьере, любви. В результате возникают чувство усталости от надоевшей действительности, депрессивные настроения, от которых человек прячется либо в мечтах о новых любовных победах, либо в реальных попытках «доказать» свою молодость через любовные интриги или взлет карьеры.

*Восьмой* кризис (старше 65 лет, эго-центрация или отчаяние) переживается во время старения. Он знаменует собой завершение предшествующего жизненного пути, а разрешение зависит от того, как этот путь был пройден. Достижение человеком цельности основывается на подведении им итогов своей прошлой жизни и осознании ее как единого целого, в котором уже ничего нельзя изменить. Если человек не может свести свои прошлые поступки в единое целое, он завершает свою жизнь в страхе перед смертью и в отчаянии от невозможности начать жизнь заново.

Некоторые ученые утверждают, что с гибелью тела не происходит полная гибель души, психики человека. Существует гипотеза, что душа человека в виде информационного сгустка после его смерти продолжает существовать и соединяется с общемировым информационным полем. Традиционно материалистическое понимание отрицает возможность сохранения души, психики человека после его смерти, хотя последние исследования физиков, медиков, психологов уже не так категоричны.

## **1.6. Аномальные психосоциальные ситуации и их влияние на психическое развитие**

Нарушения психического развития, возникающие в раннем возрасте, могут лежать в основе психических расстройств, развивающихся в более старшем возрасте. Неблагоприятные социальные ситуации, к которым относятся аномальные отношения в семье, психическое расстройство или отклонение у родителей, неадекватное или искаженное общение в семье, отклонения в воспитании, аномалии ближайшего окружения, социальные стрессовые события и хронический межличностный стресс, связанный с учебой, работой, воспитание в учреждении или в аномальной семье, неблагоприятные события жизни, сексуальное насилие и многие другие ситуации и события, оказывают влияние на патологическое психическое развитие.

### **Аномальные отношения в семье**

Аномальные отношения в семье касаются неблагоприятных моделей взаимодействия и отношений в рамках семьи, которые оказывают негативное воздействие на социальное, а также на эмоциональное развитие ребенка. Одни непосредственно касаются отношений ребенка с членами семьи, другие подразумевают в целом атмосферу семьи, в которой проходит воспитание детей. Ребенок может одновременно переживать одно, несколько или все неблагоприятные обстоятельства сразу. Следует отметить, что для определения аномальных отношений в семье необходимо, чтобы они являлись выраженными, определенными, постоянными во времени и устойчивыми в различных ситуациях.

*Недостаточность эмоционального тепла в отношениях между родителями и детьми* характеризуется значительной недостаточностью проявления позитивных чувств в отношении ребенка со стороны родителей как в общении, так и в невербальных формах поведения (отсутствие ласковых прикосновений или создания физического комфорта, в кратковременном или отсутствии утешения в моменты тревоги или дистресса). Эмоциональная сдержанность родителей не является показательной для определения недостаточности теплоты.

*Конфликтные отношения между взрослыми в семье* могут быть связаны с частыми ссорами, постоянной атмосферой жесткого эмоционального напряжения как следствия натянутых отношений. Формы проявления разногласий считаются аномальными, если они приводят к серьезной и длительной потере контроля, связаны с генерализацией враждебных или критических чувств, с постоянной атмосферой серьезного межличностного насилия.

При *враждебном отношении к ребенку или отведении ему постоянной роли виноватого* родительское поведение сводится к психологическому насилию, когда ребенок подвергается постоянным мучениям, унижениям и обвинениям со стороны родителей. Наблюдаются общая тенденция приписывать ребенку отрицательные характеристики, критика, доходящая до степени унижения его как личности с негативной генерализацией его прошлых провинностей и при ожидании будущих проступков, отчетливая тенденция «придираться» к ребенку или затевать ссоры, если взрослый чем-то расстроен, раздражен или находится в плохом настроении. Кроме того, отмечается несправедливое отношение к ребенку, в отличие от других членов семьи, например взваливание на него большего объема работы или ответственности, меньшее его вовлечение в позитивные семейные взаимодействия. Явно отсутствует внимание к потребностям или трудностям ребенка.

*Физическое насилие в отношении ребенка* включает случаи, приводящие к тяжелым телесным повреждениям: порезам, переломам костей, вывихам суставов или значительным кровоподтекам. Во время наказания взрослый утрачивает контроль и не учитывает возможные последствия. Насилие включает необычные и неприемлемые формы причинения физических травм, такие как нанесение ребенку ожогов, связывание или удержание его головы под водой. Физическое насилие может являться следствием телесного наказания, слишком далеко зашедшего из-за потери взрослым самоконтроля, либо результатом преднамеренного жестокого обращения с ребенком.

*Сексуальное насилие в семье* включает половые сношения, представляющие собой инцест, а также неинцестуозные отношения между ребенком и кем-то из старших детей, при которых

взрослым используется значительная физическая сила или психологическое давление авторитетом, чтобы заставить ребенка вступить в сексуальные отношения. К сексуальному насилию следует относить случаи, когда имели место генитальный контакт между старшим по возрасту человеком и ребенком, а также любая другая форма физического контакта или демонстрации интимных частей тела между взрослым и ребенком, которая привела к возникновению у кого-то из них отчетливого чувства сексуального возбуждения. При этом не имеет значения, охотно ли ребенок совершал сексуальные действия или нет.

### **Психическое расстройство, отклонения или нетрудоспособность у родителей**

К общим критериям этой категории относятся наличие психического расстройства, физического недостатка или отклоняющейся модели поведения, вызывающих социальную неполноценность у члена семьи или домочадца ребенка. Характер и степень тяжести этого нарушения выражены настолько, что способны оказать влияние на жизнь ребенка путем создания потенциального риска развития у него психической патологии.

Это влияние может принимать форму социальной стигматизации, неадекватных форм воспитания, ограничений в социальной жизни ребенка, аномальных семейных отношений, вовлечения ребенка в аномальные формы поведения, недостаточного ухода за ним или возникновения ситуаций, порождаемых социальным стыдом.

*Психическое расстройство* (сопровождающееся выраженной социальной непродуктивностью) или *отклонение у родителей* (постоянные и повторяющиеся криминальные действия, приводящие к тюремному заключению или помещению взрослого в какое-либо иное заведение) негативно влияют на жизнь ребенка и обуславливают у него риск развития психических расстройств.

*Нетрудоспособность* или *физический недостаток у родителей*, которые приводят к нарушению социально-ролевого функционирования: психическая недостаточность, серьезная сенсорная недостаточность (например, глухонемота или слепота), угрожающие жизни болезни (например, рак) и хронические

соматические расстройства (церебральный паралич, тяжелая астма). Свидетельством их негативного влияния на ребенка может быть отчетливая специфическая социальная стигматизация, неадекватность заботы или надзора за ребенком со стороны больного родителя, нарушение воспитания, конфликты и эмоциональное напряжение в семье, социально странное или обусловленное стыдом поведение, ограничение социальной жизни ребенка, возложение на ребенка ответственности, не соответствующей возрасту.

### **Неадекватное или искаженное общение в семье и аномальные качества воспитания**

*Неадекватное* или *искаженное общение в семье* можно охарактеризовать отчетливо противоречивыми высказываниями по содержанию и присутствию значительного несоответствия между вербальным содержанием и эмоциями, выражаемыми интонациями голоса или мимикой. Существует отчетливая тенденция к произнесению длинных, ни к кому конкретно не обращенных тирад при отсутствии реакции на то, что говорят другие члены семьи. Кроме того, отмечаются бесплодные споры, не приводящие к продуктивному решению или согласию, утаивание ключевой семейной информации, приводящее к нарушению адаптации, регулярные попытки справиться с семейными трудностями путем отказа от их разрешения и обсуждения.

Меры воспитания, которые применяются родителями, другими членами семьи по своему характеру могут быть аномальными и обуславливающими риск развития у ребенка психического расстройства.

Важную роль в формировании личности играют условия жизни и методы воспитания. Особенно важное значение с точки зрения анализа причин отклонения характера, а также возникновения непсихотических психогенных нарушений поведения, неврозов и неврозоподобных состояний имеет тип негармоничного воспитания.

При *потворствующей гиперпротекции* ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей. Родители сделают все, что попросит ребенок. Этот тип воспитания содействует развитию

демонстративных (истероидных) и гипертимных черт личности у подростка. Возможно нарушение полоролевой идентификации. Воспитание в условиях потакания, т.е. неискренности, ведет к тому, что ребенок плохо оценивает свои чувства и чувства других.

В случае *доминирующей гиперпротекции* ребенок также в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени. Все усилия родителей направлены на воспитание, при этом они жестко навязывают свое мнение ребенку, лишают его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. С ребенком обращаются как с продолжением себя. Жесткая позиция родителей – «Ребенок должен жить так». Такой стиль воспитания может вызвать протест. Из-за того, что родитель все определяет, вырабатывается привычный стереотип отношений. У гипертимных подростков такие запреты усиливают реакцию эмансипации и обуславливают острые аффективные реакции экстрапунитивного типа. При тревожно-мнительном (психастеническом), сенситивном, астеническом типах акцентуаций личности доминирующая гиперпротекция усиливает астенические черты. В тех случаях, когда родитель не может контролировать ситуацию, ребенок остается беспомощным. В связи с тем, что такие дети с детства привыкают к контролю со стороны родителей, во взрослой жизни они выбирают партнера, который будет контролировать, давить.

Воспитание по типу *повышенной моральной ответственности* характеризуется сочетанием высоких требований к ребенку с пониженным вниманием к его потребностям: в семье жесткая атмосфера, ребенок обязан выполнять много работы. Воспитание в условиях повышенной ответственности стимулирует развитие черт тревожно-мнительной акцентуации личности, ведет к развитию невроза навязчивых состояний.

Крайний вариант *эмоционального отвержения* – это воспитание по типу Золушки. В его основе лежит осознанное или чаще неосознанное отождествление родителями ребенка с какими-либо отрицательными моментами в собственной жизни. Ребенок в этой ситуации может ощущать себя помехой в жизни родителей, которые устанавливают в отношениях с ним большую дистанцию. Такое отклонение воспитания может быть в

случае неприятия ребенка по отношению к неродному ребенку, а также у детей психически больных родителей. Эмоциональное отвержение формирует и усиливает черты эпилептоидной акцентуации личности и эпилептоидной психопатии. Такой тип воспитания ведет к декомпенсации и формированию невротических расстройств у подростков с эмоционально-лабильной и астенической акцентуациями. Эмоциональное отвержение может привести к аутоагрессии (суициду) и алкоголизму.

При *жестоким обращении* родителей с детьми на передний план выходит эмоциональное отвержение, проявляющееся наказаниями в форме избиений и истязаний, лишением удовольствий, неудовлетворением их потребностей. Такое воспитание приводит к формированию жестокости и агрессивности со стороны ребенка.

При *гипопротекции* ребенок предоставлен самому себе, родители не интересуются им и не контролируют его, им не до ребенка. Они много работают и очень заняты, или у них не сформировались родительские чувства. Не удовлетворяются потребности ребенка в любви, общении. Внешне семья благополучная, но проблемы есть. Такое воспитание особенно неблагоприятно при акцентуациях гипертимного и неустойчивого типов. При смещении родительских функций на бабушек и дедушек ситуация может быть благоприятной; в случаях, если гипопротекция определяется патологическими чертами больных психическими расстройствами, наркоманией родителей, – неблагоприятной.

Причины негармоничного воспитания весьма различны. Порой это определенные обстоятельства в жизни семьи, мешающие наладить адекватное воспитание. В то же время нередко основную роль в нарушении воспитательного процесса играют личностные особенности самих родителей. Особую роль в практике врачей играют две группы причин: отклонения личности самих родителей и психологические проблемы родителей, решаемые за счет ребенка.

Акцентуации личности и психопатии нередко предопределяют определенные нарушения в воспитании. При неустойчивой акцентуации родитель чаще склонен проводить воспитание, характеризующееся гипопротекцией, неполным удовлетворением

потребностей ребенка, пониженным уровнем требований к нему. Эпилептоидная акцентуация родителей чаще других обуславливает доминирование, жестокое обращение с ребенком. Стиль доминирования также может обуславливаться чертами тревожной мнительности. Истерические черты личности у родителей нередко predisполагают к противоречивому типу воспитания: демонстрируемая забота и любовь к ребенку при зрительях и эмоциональное отвержение в отсутствие таковых.

Во всех случаях необходимо выявить отклонения личности родителей, убедиться в том, что именно оно играет решающую роль в возникновении нарушений в воспитании. В связи с этим внимание врача направляется на осознание родителями взаимосвязи между особенностями своих личностных характеристик, типом воспитания и нарушениями поведения у подростка или ребенка.

Источником нарушения воспитания может быть *расширение сферы родительских чувств*, возникающее чаще всего тогда, когда супружеские отношения между родителями в силу каких-либо причин оказываются нарушенными. Родители хотят, чтобы ребенок удовлетворил хотя бы часть потребностей, которые в обычной семье должны быть реализованы в психологических отношениях супругов.

В случае *предпочтения в подростковом детстве детских качеств* у родителей наблюдается стремление игнорировать взросление детей, стимулировать у них сохранение таких детских качеств, как непосредственность, наивность, игривость. Родители, рассматривая подростка как еще маленького, снижают уровень требований к нему, создавая потворствующую гиперпротекцию, тем самым стимулируя развитие психического инфантилизма.

При *воспитательной неуверенности родителя* происходит перераспределение власти в семье между родителями и ребенком (подростком) в пользу последнего. Родитель идет на поводу у ребенка, уступает даже в тех вопросах, в которых уступать, по его же мнению, никак нельзя.

Отношение родителей к ребенку или подростку может формироваться под воздействием *страха утраты*, что связано с историей его появления на свет, перенесенными ребенком тяжелыми заболеваниями. Этот страх заставляет родителей тревожно

прислушиваться к любым пожеланиям ребенка и спешить удовлетворить их.

Слабость, *неразвитость родительских чувств* нередко встречается у родителей подростков с отклонениями личностного развития. Однако этот факт они очень редко осознают, а еще реже признают их наличие. Внешне оно проявляется в нежелании иметь дело с ребенком (подростком), плохой переносимости его общества, поверхностности интереса к его делам. Причиной неразвитости родительских чувств может быть отвержение самого родителя в детстве его родителями, то, что он сам в свое время не испытал родительского тепла. Другой причиной могут быть личностные особенности родителя, например, выраженная шизоидность. Замечено, что родительские чувства нередко значительно слабее развиты у очень молодых родителей, однако они могут усилиться с возрастом.

В случае *проекции* на ребенка собственных нежелательных качеств в ребенке родитель видит черты характера, которые чувствует, но не признает в самом себе (агрессивность, склонность к лени, влечение к алкоголю, негативизм, протестные реакции, несдержанность и т.д.). Родитель, ведя борьбу с такими же, истинными или мнимыми, качествами ребенка, извлекает из этого эмоциональную выгоду для себя. Борьба с нежелательным качеством в ком-то другом помогает ему верить, что у него данного качества нет.

*Конфликтность во взаимоотношениях супругов* – частое явление даже в относительно стабильных семьях. Нередко воспитание превращается в поле битвы конфликтующих родителей. При вынесении противостояния в сферу воспитания супруги получают возможность наиболее открыто выражать недовольство друг другом, руководствуясь заботой о благе ребенка. При этом разница во мнениях родителей чаще всего бывает диаметральной: один настаивает на весьма строгом воспитании с повышенными требованиями, запретами и санкциями, другой склонен жалеть ребенка, идти у него на поводу.

Чаще всего отношение родителя обуславливается не действительными особенностями ребенка, а такими чертами, которые родитель приписывает его полу. В зависимости от этого происходит сдвиг в установках родителя по отношению к ребенку –

*предпочтение мужских или женских качеств.* Так, при наличии предпочтения женских качеств наблюдается неосознаваемое неприятие ребенка мужского пола.

В случае психологических проблем родителей, решаемых за счет ребенка, в основе негармоничного воспитания лежит какая-то личностная проблема, чаще всего носящая характер неосознаваемой проблемы, потребности. Взрослый пытается разрешить ее за счет воспитания ребенка. Попытки разъяснительной работы, уговоров изменить стиль воспитания оказываются неэффективными. Перед врачами встает трудная задача выявить психологическую проблему родителя, помочь ему осознать ее, преодолеть действие защитных механизмов, препятствующих такому осознанию.

### **Аномалии ближайшего окружения**

К аномалиям ближайшего (социального и физического окружения) относятся: воспитание в учреждении, аномальной семье, семейная изоляция, бытовые условия, создающие потенциально опасную психологическую ситуацию.

*Воспитание в учреждении,* в котором ребенок постоянно проживает, предполагает групповые (за ребенком присматривает большое число взрослых, делящих между собой обязанности по уходу), а не семейные формы ухода и воспитательных мероприятий. Большинство форм воспитания в учреждениях подразумевает осуществление ухода по расписанию, меняющимися друг друга лицами, которые находятся с детьми только во время своей смены. Продолжительность этого воспитания составляет не менее трех месяцев.

*Воспитание в аномальной семье* включает воспитание в детском доме семейного типа, другими родственниками вместо родителей (бабушками, дедушками, тетями, старшими братьями и сестрами), одним родителем, проживающим без партнера, незаконнорожденного ребенка парой, не являющейся его биологическими родителями, мачехой или отчимом, приемными родителями, матерью, у которой зачатие было осуществлено путем искусственного донорского оплодотворения, гомосексуальной парой, а также любая другая ситуация, когда воспитание осуществляют лица, не являющиеся совместно проживающими биоло-

гическими родителями. Для включения в эту категорию воспитание в аномальной семье должно сохраняться не менее трех месяцев.

Основными критериями *семейной изоляции* являются отсутствие гармонических и позитивных социальных контактов вне семьи, почти полное отсутствие гостей в доме, отсутствие друзей у родителей и распространение социальной изоляции на детей.

*Бытовые условия, создающие потенциально опасную психологическую ситуацию*, определяются условиями жизни (бедность и неблагоприятные бытовые условия), которые приводят к неблагоприятным психосоциальным ситуациям (отсутствие спальных мест, проживание во временном жилье, в том числе требующем разделения семьи, недостаточность доходов или неразумное пользование деньгами, из-за чего дети вынуждены посещать школу в несоответствующей одежде или лишены возможности участвовать в деятельности, общепринятой в данной субкультуре).

### **Неблагоприятные события жизни**

Неблагоприятные события жизни представляют собой случившиеся когда-то независимые события, которые вызвали существенное ухудшение жизненной ситуации ребенка, были связаны с серьезной длительной угрозой его самооценке или включали такую степень опасности для жизни и вероятность разрушения личности, что вполне предсказуемыми следствиями стали сравнительно долговременный страх или ощущение опасности. Начиная со второй половины первого года жизни для человека характерно формирование близких отношений привязанности к другим людям, которые дают ему важную эмоциональную поддержку, их утрата становится значительным психологическим стрессовым событием.

При *утрате в детстве отношений любви и привязанности* речь идет о достаточно близких эмоциональных отношениях, содержащих высокий потенциал доверия и психологической поддержки. Обычно эти характеристики свойственны любым отношениям родителей и ребенка.

Переживание ребенком *серьезной утраты* – полной и окончательной, как в случае смерти близкого человека, или частич-

ной и почти постоянной, как бывает при существенном уменьшении контактов с одним из родителей, переставшим воспитывать ребенка после развода, значимо для детей всех возрастных групп, хотя индивидуальная реакция зависит от уровня развития ребенка. Вместе с тем степень восприятия временных разлук как утрат существенным образом зависит от возраста. Старшие дети в отличие от маленьких в состоянии осознать, что период отсутствия не будет постоянным, и могут поддерживать отношения с близким человеком, находящимся в отъезде.

Как значительная должна оцениваться утрата в случаях смерти человека, выполнявшего социальную роль родителя или других членов семьи, ухода из дома родителя из-за развода или иной формы разрыва семейных отношений, временного, но длительного отсутствия родителя дома из-за болезни, отъезда на работу в другой город или по какой-либо иной причине. Кроме того, как значительная утрата оценивается смерть или окончательная утрата друга, взрослого человека, с которым ребенок часто и регулярно встречался, поддерживал близкие отношения привязанности, доверял ему и получал эмоциональную поддержку, а также серьезное отвержение ребенка человеком, который состоял с ним в близких отношениях привязанности.

*Изъятие из семьи* создает значительную контекстуальную угрозу в случаях помещения ребенка в семейный или обычный детский дом, при повторной госпитализации после одного предыдущего помещения в больницу или более, имевшего место в дошкольном возрасте.

Существуют свидетельства, подтверждающие, что помещение в детские учреждения интернатного типа часто становится для ребенка стрессом, значительным психосоциальным переживанием. Однако степень, в которой это обстоятельство является стрессовым фактором, различна в зависимости от особенностей ситуации и возраста ребенка. Отчасти стресс вызывается утратой или прерыванием отношений любви из-за изъятия ребенка из дома, частично – дефицитом постоянной и наполненной эмоциями заботы в силу воспитания в учреждении. В целом краткие госпитализации продолжительностью менее одной недели не представляют особой угрозы, тогда как

продолжительное помещение в семейный или обычный детский дом для ребенка является серьезной опасностью в связи с подразумеваемым отвержением. Единичные госпитализации могут приводить к непродолжительному дистрессу, однако повторные помещения ребенка в больницу, особенно если одно из предыдущих пришлось на дошкольный возраст, повышают риск возникновения психического нарушения. Изъятие ребенка из дома соответствующими службами с целью помещения в семейный детский дом иногда связано с оправданным беспокойством по поводу насилия над ним со стороны родителей или отсутствия адекватного присмотра. Тем не менее, если у него, несмотря на эти обстоятельства, имели место отношения привязанности с родителями, то изъятие из дома таит в себе серьезную угрозу, несмотря на общее уменьшение негативного воздействия на ребенка.

*Негативные изменения модели отношений в семье* связаны с появлением нового человека в семье, наиболее частыми ситуациями являются повторный брак родителя, из-за чего в семье появляется отчим или мачеха, или рождение младшего ребенка, если они сопровождаются существенным уменьшением взаимодействия между родителями и ребенком, недостаточной доступностью родителя для эмоциональной поддержки, значительными изменениями семейной модели общения и взаимодействия, дисциплины или воспитания ребенка. Изменение модели семейных отношений может быть связано с преждевременным принятием родительской роли мачехой или отчимом до установления стабильных отношений с ребенком, появлением в семье сводных братьев и сестер, нарушающих прежнюю близость отношений между родителем и ребенком. Аналогичным образом следует относиться к ситуации, когда разведенный родитель устанавливает новые близкие отношения с кем-то без вступления в брак.

Чувство собственной ценности, или достоинства, является весьма важной частью адаптивного развития личности. *Значительное снижение самооценки* представляет собой серьезный стресс, обуславливающий существенную опасность, может быть связано с раскрытием или обнаружением какого-либо постыд-

ного или несущего социальную стигму события. Оно может стать результатом неудачи, которую потерпел ребенок в осуществлении некоторой важной задачи, к выполнению которой прилагал значительные усилия, и расценивается ребенком как следствие некомпетентности или отсутствия способностей, а также раскрытия или обнаружения какого-либо личного или семейного события, воспринятого ребенком как постыдное или несущее социальную стигму (незаконнорожденность ребенка, гомосексуализм одного из родителей, совершение серьезного правонарушения родителем, которого ребенок считал законопослушным, неспособности семьи справиться с житейскими трудностями, а также беременность у девушки-подростка при обстоятельствах, считающихся постыдными). Значительному снижению собственного достоинства могут способствовать серьезное унижение в присутствии других людей, утрата доверия или уважения к близкому человеку на чью эмоциональную поддержку ребенок рассчитывал (при обнаружении ребенком серьезного подлога со стороны родителей или поступков, связанных с каким-либо важным обманом), утрата самоуважения, связанная с нежелательной беременностью.

Сексуальные эксцессы следует оценивать как подразумевающие *сексуальное насилие*, если другой человек был существенно старше ребенка, сексуальный эксцесс произошел из-за занимаемого положения или статуса другого человека, ребенок не желал участвовать в сексуальном взаимодействии. Кроме того, требуется наличие следующих обстоятельств: контакт с грудью или гениталиями ребенка, контакт с грудью или гениталиями другого человека, обнажение другим человеком своих гениталий перед ребенком, при котором произошло близкое соприкосновение или его попытка. К сексуальному насилию относятся попытки раздеть ребенка в социально неприемлемых обстоятельствах и заманивание ребенка куда-либо (в автомашину или другое место).

Краткие переживания страха, несмотря на сильное впечатление, обычно не связаны со значительным риском возникновения длительных психических нарушений. Однако весьма вероятно, что *переживания сильного страха* могут стать существен-

ным фактором риска, если вызвавшие их события содержат непосредственную или потенциальную угрозу будущему благополучию ребенка.

Подобная угроза может присутствовать в ситуациях обостренной неуверенности в том, что ребенок выйдет целым и невредимым из опасной ситуации (например, в случае похищения или задержания как заложника), в присутствии серьезной реальной опасности для жизни в случаях наводнения, землетрясения, извержения вулкана и других природных катаклизмов, приводящих к гибели или серьезным травмам других, кровно или эмоционально близких людей, даже если сам ребенок не пострадал. Угрозу будущему благополучию ребенка представляет получение ранения, серьезно угрожающего образу «Я» или безопасности ребенка, ощущение ребенком сильной и продолжительной боли, например, в случае обширного и тяжелого ожога. Кроме того, угроза будущему благополучию ребенка существует, если ребенок становится свидетелем серьезного несчастного случая или преднамеренного нанесения тяжелой травмы членам своей семьи или другим лицам, а также при непосредственном участии ребенка в происшествии, связанном с нанесением ущерба имуществу в обстоятельствах, дополнительно угрожающих физическому благополучию людей.

### **Стрессовые события**

К социальным стрессовым событиям относятся пребывание в положении объекта дискриминации и преследования, миграция, переезды, хронический межличностный стресс, связанный с учебной, конфликтные отношения отвержения со стороны сверстников.

*Пребывание в положении объекта дискриминации и преследования* включает события или переживания, которые оказывают непосредственное негативное воздействие на ребенка, приводят к долговременной ситуации угрозы, что обусловлено принадлежностью ребенка к определенной этнической, религиозной или иной группе, а не его личными характеристиками, и может включать нанесение побоев или физическое унижение (например, загрязнение одежды), отстранение ребенка от уча-

ствия в желаемой работе или развлечениях, его принуждение к ношению особой одежды, пребывание в специально отведенных местах.

*Миграция, переезды* приводят к риску возникновения психических нарушений в случаях, если ребенка вывозят в иное социальное окружение без семьи (как при некоторых формах эвакуации), если переезд семьи является вынужденным и включает утрату личной безопасности, связан с попаданием семьи в условия совершенно иной культуры или место, где ребенку приходится изучать новый язык, а также если переезд влечет за собой значительное ухудшение материального благосостояния, общественных обстоятельств или социального положения ребенка.

*Хронический межличностный стресс, связанный с учебой*, может возникать в результате отвержения группой сверстников, постоянного пребывания по воле учителей в роли «козла отпущения» или в результате общей напряженной ситуации в школе. Напряженная ситуация в школе касается конфликтов или общей напряженной ситуации в школе, которые оказывают существенное негативное влияние на ребенка, но характеризуются разногласиями других людей между собой, а не с ребенком (при наличии неоднократных или постоянных проявлений деструктивного поведения с частыми конфликтами, спорами, агрессивными или разрушительными действиями со стороны взрослых, детей или тех и других при существенной недостаточности контроля за дисциплиной).

При *конфликтных отношениях отвержения со стороны сверстников* наблюдаются серьезные негативные конфликтные отношения и активные раздоры, происходящие неоднократно, включающие по отношению к ребенку мучения, оговоры или оскорбления, унижения, угрозы или запугивания, принуждение совершать какие-либо поступки против своей воли, вымогательства, а также активное отвержение, игнорирование или изоляцию со стороны сверстников.

Диагностика и коррекция аномалий развития психических функций младенца и малыша, выявление, диагностика и коррекция отклонений внутрисемейных отношений родителей и

детей, психологическая подготовка матери к материнству, а отца – к отцовству, стимуляция их родительских чувств, повышение их компетентности в обращении и понимании своего ребенка, активное стимулирование психического здоровья самого ребенка через стимуляцию развития его основных психических функций, а также управление формированием основных внутриспсихических систем ребенка, – основные задачи психопрофилактики. В реализации изложенных задач большое значение может иметь комплексный биолого-социально-психологический подход к ребенку, начиная с периода его внутриутробного развития, новорожденности и первых лет жизни. Этот процесс отражает профилактическую направленность современной медицины с ее особым вниманием к выявлению факторов риска и начальных, с первых лет жизни, признаков патологии.

### **1.7. Психологическая основа психических расстройств**

Существует множество различных объяснений, моделей психического расстройства, иногда диаметрально противоположных. В настоящее время доминирующей остается биологическая концепция психического расстройства, что связано с усиленным изучением биохимических основ психического расстройства, развитием генетики и психофармакологии. Психическое расстройство объясняется дисфункцией головного мозга вследствие разрушения мозговых структур или нарушения обмена веществ в них. Болезни мозга, повреждение нейронального субстрата – это лишь одна из многих причин психического расстройства. Объяснить психопатологию, опираясь только на достижения нейронаук, не представляется возможным. Биология и нейронауки не располагают специфичными данными, достаточными диагностическими критериями психического расстройства. Причины многих психических расстройств до сих пор не ясны. Ученые пришли к выводу, что прогрессирование психических расстройств зависит не только от биологических, социальных, но и целого ряда психологических факторов.

К. Ясперс выделил три группы психических расстройств. Кроме церебральных заболеваний он выделяет группу основных психозов, в отдельную группу относит расстройства личности, включающие невротические синдромы и аномальных личностей.

Согласно психологической концепции психического расстройства в основе развития отдельных симптомов могут лежать нарушения в виде ошибочного восприятия, ошибочных когнитивных факторов. Сторонники когнитивной модели развития психического расстройства исходят из того, что психологические нарушения, предшествующие этапу нейрофизиологических расстройств, связаны с нарушениями на когнитивной стадии переработки информации, которые искажают видение объекта или ситуации. Клинические симптомы возникают за счет искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и обобщениях. Искаженные когниции являются причиной ложных представлений и, следовательно, неадекватных эмоциональных реакций.

С точки зрения А. Эллиса, эмоциональные расстройства обусловлены иррациональными убеждениями или установками. Если человек не может реализовать иррациональные установки, то следствием этого являются длительные, не адекватные ситуации эмоции, которые препятствуют нормальному функционированию индивида.

Согласно гештальт-психологической концепции психоза на первом этапе развития бреда (трема) возникает тягостное чувство неотвратимо надвигающейся угрозы, тревожное настроение с переживанием самого больного и внешнего мира, страхом. На втором этапе (апофении) появляется новый для больного смысл всего окружающего – дереализация, иллюзии, галлюцинации, расстройство мышления, готовность к возникновению идей значения и отношения. На следующем этапе (анастрофы) больной становится центром всех явлений, всего происходящего, он оказывается во власти своих субъективных идей. Бред в ряде случаев систематизируется. Больной изолируется в своем аутистическом нереальном мире. Он не в состоянии понимать других. В последней стадии (апокалипсиса) наступает полный распад структуры личности, мышления и эмоций.

Разные последователи З. Фрейда сущность психоза объясняют слабостью Эго, дефицитом структуры Эго, регрессивным распадом Эго. Согласно представлениям К. Юнга, психоз представляет собой выражение архетипического образования коллективного бессознательного.

Большинство моделей психического расстройства пограничного уровня тесно связаны с психологическими теориями личности, которые различным образом концептуализируют человеческое поведение как в норме, так и в патологии. Представители разных направлений психологии исходя из своих концептуальных исследований придают важное значение внутриличностным конфликтам как психологическим механизмам, лежащим в основе психических нарушений невротического уровня.

В поведенческом направлении психологии неадаптивное поведение, формирующееся в процессе неправильного научения, рассматривается как невротический симптом.

Согласно психоанализу, неудовлетворение инстинктивных потребностей приводит к внутриличностным конфликтам, проявляющимся в виде невротических симптомов.

Согласно гуманистической психологии, у человека, хронически препятствующего удовлетворению собственных потребностей, развивается невроз. Невротические расстройства рассматриваются как результат блокирования специфически человеческой потребности в самоактуализации, как результат невозможности раскрыть смысл собственного существования.

В рамках личносно ориентированной психотерапии В.Н. Мясищева невроз рассматривается как психогенное расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых для личности отношений, что в свою очередь приводит к конфликту между потребностями и возможностями их удовлетворения и следующими из них неадекватными поведенческими реакциями.

А. Адлер рассматривал невроз как конфликт между чувством неполноценности и потребностью в самоутверждении. Он видел в невротическом состоянии переживание слабости и беспомощности, которое описывал как комплекс неполноценности. Невротический симптом при этом рассматривается как

выражение борьбы, направленной на преодоление чувства недостаточности. Невротический симптом есть результат неудачной компенсации, фиктивный способ повышения собственного достоинства.

С точки зрения Э. Фромма, невроз возникает вследствие конфликта между потребностью в свободе, самовыражении и потребностью в безопасности. Борьба за личную свободу приводит к фрустрации потребности в безопасности, к чувству одиночества. Чтобы избавиться от чувства одиночества, человек убегают от свободы.

В теории К. Хорни наличие потребности в безопасности и в то же время потребности в удовлетворении приводит к постоянным конфликтам, которые могут привести к неврозу. Неудовлетворение потребности в безопасности формирует определенное ограничительное поведение. Такие фиксированные стратегии К. Хорни рассматривает как невротические потребности. Невозможность направить поведение на удовлетворение других потребностей и изменить поведение в соответствии с новыми обстоятельствами усиливает фрустрацию и усугубляет невротические проблемы.

Таким образом, психические расстройства могут быть обусловлены не только нарушениями нейробиологических основ деятельности мозга. Психические расстройства могут быть следствием функциональных расстройств: во-первых, нарушений, связанных с функцией мозга, представляющих высшие психические функции, во-вторых, с функцией самой психики в организме, представляющей процессы мотивации, целеполагания, контроля, обеспечивающих организацию поведения по удовлетворению потребностей. Исходя из изложенного можно предположить, что в основе развития психических расстройств, отмеченных К. Ясперсом как основные психозы, лежат нарушения высших психических функций, управляющих на основе информационного обеспечения организацией поведения по удовлетворению потребностей. Нарушения функций самой психики в организме по удовлетворению потребностей и обеспечению оптимального поведения приводят к невротическим нарушениям и расстройствам личности.

## Контрольные вопросы

Выберите один правильный ответ.

1. Факторы, оказывающие прямое влияние на здоровье человека в своей совокупности:

- а) биологические, психические, социальные;
- б) физические, социальные, экологические;
- в) физические, психические, социальные;
- г) психологические, биологические, экологические.

2. К основным формам проявления психики человека не относится:

- а) психические процессы;
- б) психические свойства личности;
- в) психические состояния;
- г) механизмы психологической защиты.

3. К основным компонентам сознания не относится:

- а) предметность;
- б) отношение к миру;
- в) самосознание;
- г) критичность.

4. Представление о механизмах психологических защит сформировалось в рамках:

- а) бихевиорального направления;
- б) гуманистического направления;
- в) психоаналитического направления;
- г) гештальт-психологического направления.

5. Высшая форма психической деятельности, которая присуща лишь человеку, называется:

- а) ощущение;
- б) сознание;
- в) психика;
- г) память;
- д) эмоции.

6. Неосознанные психические процессы, которые используются личностью и направлены на защиту от фрустрации называются:

- а) психологическим дискомфортом;
- б) психологическим дефектом;

- в) психологической защитой;
- г) психологической атакой;
- д) все варианты.

7. Защитный психологический механизм вытеснения характерен для страдающих:

- а) депрессивным неврозом;
- б) неврозом навязчивых состояний;
- в) неврастенией;
- г) ипохондрическим неврозом;
- д) истерическим неврозом.

8. Перенос своих мыслей, чувств, состояний на реальность называется:

- а) вытеснением;
- б) отрицанием;
- в) проекцией;
- г) регрессией;
- д) рационализацией.

9. Человек «забывает» неприятные события, чувства, слова, действия. Этот защитный механизм называется:

- а) вытеснением;
- б) отрицанием;
- в) проекцией;
- г) регрессией;
- д) рационализацией.

10. Псевдоразумные объяснения неудач, неуспешных действий называются:

- а) вытеснением;
- б) отрицанием;
- в) проекцией;
- г) регрессией;
- д) рационализацией.

11. Трансформация либидо в социально приемлемую деятельность называется:

- а) сублимацией;
- б) вытеснением;

- в) изоляцией;
- г) регрессией;
- д) катарсисом.

12. К вариантам психологической защиты не относится:

- а) рационализация;
- б) идентификация;
- в) псевдофрустрация;
- г) проекция;
- д) вытеснение.

13. Критические периоды – это такие периоды развития, во время которых:

- а) научение затруднено;
- б) организм достигает зрелости;
- в) организм более восприимчив к тому или иному научению;
- г) созревание осуществляется быстрее всего;
- д) все варианты верны.

14. К аномальным отношениям в семье не относится:

- а) враждебное отношение к ребенку;
- б) физическое насилие в отношении ребенка;
- в) психическое расстройство или отклонение у родителей;
- г) конфликтные отношения между взрослыми в семье.

# ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ В СОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

## 2.1. Характеристика основных перцептивных процессов. Нарушения восприятия и ощущений

*Перцепция* – это важная психическая функция познания, сложный процесс преобразования и получения чувственной информации. Посредством перцепции индивид формирует цельный образ объекта, воздействующий на анализаторы. В современной психологии считается, что перцепция складывается из ощущений и восприятия.

*Ощущение* – это простейший психический процесс отражения отдельных свойств предметов и явлений реальной действительности при их непосредственном воздействии на органы чувств. На основе ощущений формируются более сложные механизмы процесса познания: восприятие, представление, память, мышление. Ощущения не являются абсолютно точными, их точность и информативность зависит от индивидуальных и видовых особенностей органов чувств (анализатора), их функционального состояния, а также индивидуальных качеств личности, таких как направленность, мотивация, знания, опыт. И.П. Павлов выделяет три отдела анализаторов, которые обеспечивают возникновение ощущений:

1. Рецепторный отдел (органы чувств), в котором расположены периферические окончания чувствительных нейронов.

2. Проводящие пути передают возбуждение от периферии к центру.

3. Церебральная часть – соответствующие участки головного мозга, в которых формируется ощущение.

В зависимости от источников и механизмов формирования ощущения делятся на экстероцептивные (зрительные, слуховые, кожные, обонятельные, вкусовые), интероцептивные (отражают состояние внутренних органов и систем), проприоцептивные

(связаны с сигналами, поступающими от рецепторов, находящихся в мышцах, связках, сухожилиях, суставах, эти ощущения обеспечивают информацию о положении тела в пространстве, равновесии, движении). Способность получать ощущения называется чувствительностью.

В клинической картине различных заболеваний многообразные нарушения чувствительности встречаются достаточно часто. Патология элементарной чувствительности является частым признаком заболеваний ЦНС, ее периферических отделов, поражений органов чувств.

Нарушения ощущений можно разделить на качественные (сенестопатии, парестезии, синестезии) и количественные (анестезия, анальгезия, гиперальгезия, гиперестезия, гиперпатия, гипестезии).

### **Качественные нарушения ощущений**

*Сенестопатии* – необычные, странные, неприятные, тягостные, нередко крайне мучительные, иногда трудно поддающиеся описанию ощущения, локализованные в коже, под кожей, во внутренних органах (гортань, сердце, желудок) и не имеющие для своего возникновения объективных причин. Сенестопатии могут быть постоянными и эпизодическими (в виде приступов). Ощущения по типу давления, журчания, лопания, жара или холода, жжения, пульсации, распираания, стягивания.

*Парестезии* – неприятные субъективные ощущения, возникающие в теле и конечностях – мурашки, онемение, покалывания. Как правило, парестезии затрагивают тактильную чувствительность, редко встречаются вкусовые парестезии. Чаше парестезии возникают под влиянием интоксикации, но могут стать следствием психогенного заболевания (полинейропатии, истерического невроза, ипохондрии), а также сосудистых заболеваний конечностей и варикозного расширения вен.

*Синестезии* – расстройство общего чувства тела. Появляются ощущения неясного, тотального физического неблагополучия, нарушения с трудом поддаются описанию (неожиданная физическая слабость, тяжесть, пустота в теле, покачивание и неуверенность при ходьбе). Проявляются также возникновением ощущения в каком-либо органе чувств при раздражении другого анализатора.

## Количественные нарушения ощущений

*Анестезия* – исчезновение ощущений, потеря чувствительности либо парциальная утрата чувствительности в отдельном экстероцептивном рецепторе (*аносмия* – потеря обоняния, *агеизия* – вкуса, *акузия* – слуха, *амовроз* – зрения, *астереогноз* – невозможность опознать предметы на ощупь), при истерических расстройствах может проявляться сразу в нескольких анализаторах.

*Анальгезия* – уменьшение болевой чувствительности (в том числе избирательное, другие виды чувствительности не затрагиваются) при некоторых заболеваниях нервной системы. Интенсивность восприятия боли может снижаться до полной невозможности её восприятия.

*Гиперестезия* – усиление чувствительности за счет понижения порога ощущений (свет лампы кажется нестерпимо ярким, постельное белье раздражает, звуки слишком громкие). Возникает при самых разных психических и соматических патологиях, характерна для крайне истощенной нервной системы. Наиболее часто встречается зрительная и акустическая гиперестезия.

*Гиперальгезия* – это усиление болевой чувствительности.

*Гиперпатия* – усиление чувствительности, при котором ощущения приобретают болевой характер, при этом слабые раздражители не воспринимаются.

*Гипестезия* – снижение силы ощущений, понижение чувствительности к внешним раздражителям, порог ощущений в данном случае завышен. Проявляются слабостью, неотчетливостью ощущений, которые не соответствуют силе раздражителя. При разговоре с больным нужно повышать голос, он не реагирует на яркий свет, не ощущает мокрую постель. Гипестезия может появляться при депрессии, заболеваниях нервной системы (ее периферического отдела и проводящих путей), тяжелом общесоматическом состоянии больного (на начальных этапах выключения сознания).

В отличие от ощущений, которые отражают лишь отдельные свойства предметов или явлений, восприятие отражает целостные объекты действительности в единстве присущих им качеств. Общим для ощущения и восприятия является то, что

они возникают лишь при непосредственном воздействии раздражителя на органы чувств.

*Восприятие* – это вид познавательной активности, результатом которой являются чувственные образы объектов, непосредственно воздействующих на органы чувств, процесс создания образа из чувственного материала.

Этапы восприятия:

1. Перцепция – разграничение фигуры и фона, непосредственное отражение объекта, воздействующего на органы чувств.

2. Апперцепция – сравнение первичного образа с аналогичными, хранящимися в памяти.

3. Категоризация – на основе типичных признаков объект соотносится с каким – либо классом.

4. Проекция – картина, присущая установленному классу, дополняется деталями объекта.

Свойствами восприятия являются константность, предметность, целостность, обобщенность.

Выделяют следующие виды расстройства восприятия: отсутствие восприятия, нарушение интенсивности восприятия, искаженное восприятие.

### **Отсутствие восприятия**

*Агнозия (неузнавание)* – нарушение узнаваемости предметов, явлений в состоянии ясного сознания и при сохранности рецепторов и анализаторов. Возникает при органических поражениях мозга или сосудистых и опухолевых заболеваниях, но может быть и симптомом истерии. Выделяют *тактильную* агнозию – потерю способности к адекватному восприятию предметов на ощупь при достаточной адекватности отдельных ощущений; *зрительную* агнозию – потерю способности к восприятию предметов и явлений действительности при приеме зрительной информации, когда острота зрения сохраняется достаточной; *слуховую* агнозию (амузию) – нарушение восприятия и узнавания сложных ритмических сочетаний, потерю имевшегося ранее музыкального слуха. Больные могут выделять то один, то другой признак предмета, при этом не осуществляют синтез (расческа – какая-то горизонтальная линия, от нее отходят маленькие палочки).

## Нарушение интенсивности восприятия

*Сенсорная гиперпатия* – повышение интенсивности восприятия, при котором усиливается яркость зрительных раздражителей, такое состояние сопровождается смятением, тревогой, экстазом, непоседливостью, потребностью двигаться.

*Сенсорная гипопатия* – снижение интенсивности восприятия, мир кажется призрачным, нереальным, блеклым и безжизненным.

*Дереализация* – отчужденное мировосприятие окружающей действительности, при котором перцепция сопровождается чувством чуждости, изменчивости, неестественности.

*Деперсонализация* – расстройство самовосприятия личности и отчуждение её психических свойств. Деперсонализацию подразделяют на аутопсихическую (нарушение восприятия своего «Я» (собственной личности) и соматопсихическую (нарушение восприятия своего тела и его функций).

## Искаженное восприятие

*Расстройство схемы тела* – это нарушение сенсомоторного синтеза, которое проявляется искаженным восприятием размера, массы и формы собственного тела. Ключевые симптомы – невозможность определить границы тела, расположение и размер его частей, их кажущееся раздвоение, игнорирование отдельных функциональных единиц.

*Психосенсорные расстройства* – это неправильное восприятие реально существующих объектов по форме, размерам, расстоянию между ними без нарушения их узнавания и, как правило, сохранности критического отношения (нарушение оптико-пространственного восприятия: *диплопия* – двоение, *полиопия* – множественность образов, предметов, *микро-, макропсия* – восприятие объектов уменьшенными или увеличенными, *дисморфопсия* – восприятие предметов деформированными по сравнению с реальными, *порропсия* – восприятие объекта удаленным или приближенным по сравнению с его фактическим положением). Причины расстройства – органические заболевания головного мозга (травмы, менингоэнцефалиты, опухоли, аневризмы сосудов, сосудистые и токсические энцефалопатии). Психосенсорные расстройства возникают при очаговых поражениях мозга или нарушениях мозгового кровообращения, а также при

сильном наркотическом или алкогольном опьянении (интоксикации). Обычно психосенсорные расстройства развиваются резко и заканчиваются восстановлением функции восприятия.

*Иллюзии* – это неправильное по содержанию восприятие реально существующих предметов и явлений. В результате слияния восприятия с качественно иным представлением в сознании возникает образ, искажающий реальность: например, одежда, висящая на стуле, представляется незнакомцем, который прячется. В голосе врача слышится желание расправы с пациентом, медицинский жгут видится змеей. Иллюзии могут быть обусловлены физическими законами (законы преломляющих сред), физиологическими причинами (вследствие невнимания или на фоне выраженного переутомления), психическими расстройствами.

Аффективные иллюзии возникают в результате сильных эмоций (чаще страха). Они могут появиться как у психически здоровых, так и у людей с психическими нарушениями. Помимо эмоций к возникновению иллюзий ведут плохое освещение, незнакомая обстановка, посторонний шум.

Различают слуховые (вербальные) и зрительные (оптические) иллюзии. Также выделяют парейдолические иллюзии – это зрительные иллюзии с фантастическим содержанием (вместо элементарных объектов восприятия человек видит сценopodobные причудливые образы). Разнообразные иллюзии характерны для болезненно измененного (помраченного) сознания.

*Галлюцинации* – мнимое восприятие несуществующих предметов и явлений или находящихся за пределами досягаемости органов чувств. Образы возникают спонтанно, без сенсорной стимуляции, это восприятие без объекта. Очевидно, что воспринимать несуществующий предмет невозможно, поэтому, по мнению психологов и психиатров, галлюцинации следует относить к расстройствам представления.

В зависимости от того, какими органами чувств воспринимаются галлюцинации, они делятся на слуховые, зрительные, тактильные, обонятельные, вкусовые, галлюцинации общего чувства.

Как правило, галлюцинации являются симптомом психоза, состояний интоксикации (алкоголизма, наркомании, токсикомании), инфекционных заболеваний, шизофрении.

Различают истинные и ложные (псевдо-) галлюцинации. Истинные галлюцинации проецируются вовне, обладают чувственной живостью. Признаки псевдогаллюцинаций:

– мнимые образы переживаются как находящиеся в представляемом пространстве, т.е. в отличие от истинных галлюцинаций они не проецируются в реальное пространство.

– псевдогаллюцинаторные образы отличаются от обычных образов представления тем, что носят непроизвольный характер, им свойственны завершенность, законченность образов, их детализация, они сопровождаются чувством «мучительства и тоскливости».

– эти образы, если отсутствует помрачение сознания, не имеют объективного характера реальности и не смешиваются больными с реальными объектами действительности.

## **2.2. Мышление как психический процесс. Нарушения мышления**

*Мышление* – психический процесс отражения наиболее существенных свойств предметов и явлений действительности, а также наиболее существенных связей и отношений между ними, что в конечном счёте приводит к получению нового знания о мире. Каждый человек в процессе своей индивидуальной познавательной и творческой деятельности не только воспринимает отдельные признаки предметов и явлений объективного материального мира и фиксирует в памяти эти восприятия, но и устанавливает между ними связи и отношения, выделяет то общее в каждом из предметов, явлений, что им присуще, находит отличия в ряду предметов и явлений.

В процессе мышления происходит получение нового знания о созерцаемом, т.е. осуществляется проникновение в суть предметов и явлений с раскрытием их различных связей. Эти закономерности человеку не представлены непосредственно, их нужно осмыслить, вывести или вычлениить на основе переработки информации, поставляемой чувственным познанием. В процессе мышления человек использует различные средства проникновения в существенные связи и отношения окружающего мира: практические действия, образы и представления, символы

и язык. Все они являются средствами, орудиями мышления, которые характеризуют его опосредованно. Мышление, выявляя необходимые существенные свойства и связи, отделяя случайное от необходимого, переходит от единичного к общему, т.е. всякое мышление совершается в обобщениях. Таким образом, мышление часто обозначают как процесс опосредованного и обобщенного отражения действительности в ее существенных связях и отношениях.

Как психический процесс мышление проходит ряд этапов, каждый из которых может продолжаться разное время. Мышление возникает только тогда, когда человек должен решить какую-либо задачу. Началом мыслительного процесса является постановка вопроса, выделение проблемы. Главным мотивом выдвижения проблемы является практическая потребность познания, потребность что-то понять в действительности. Любые виды деятельности человека (труд, учение, игра) требуют решения мыслительных задач. Выделение проблемы, как правило, сопровождается определенным эмоциональным возбуждением, интересом и сосредоточением внимания. Вслед за постановкой проблемы наступает этап выдвижения и перебора гипотез. После его осознания условий задачи начинается поиск способов решения, а затем осуществляется их проверка. Практика для мышления, так же как для ощущений и восприятия, является критерием истины. Обобщения и выводы, которые делает человек, исходя из общих положений, проверяются именно на практике. Практика является и областью применения результатов мышления.

Следующей существенной особенностью мышления является его единство с речью. Выделяя группы предметов или явлений по их наиболее существенным признакам, человек всегда обозначает их словом. Почти каждое слово является понятием, и, осваивая язык, человек овладевает опытом, накопленным многими поколениями. Отражение мышлением наиболее существенных связей и отношений между предметами и явлениями действительности также обычно совершается в языковых формах.

Мышление неразрывно связано с речью, при этом основным элементом мысли является понятие. Понятие сформировалось в

процессе исторического развития человечества и усваивается в процессе индивидуального развития. Понятие – это отражение в сознании человека наиболее общих и существенных закономерных признаков и свойств предметов или явлений объективного мира, выраженных словом. В понятии соединились все представления человека о данном предмете или явлении.

Умение мыслить всегда есть умение оперировать понятиями, знаниями. Житейские понятия формируются через личный практический опыт. Преобладающее место в них занимают наглядно-образные связи. Научные понятия формируются с ведущим участием вербально-логических операций. Понятие может быть конкретным, когда предмет или явление в нем мыслится как нечто самостоятельно существующее («книга», «государство»), и абстрактным, когда в нем мыслится свойство предмета или отношения между предметами («белизна», «параллельность», «ответственность», «смелость»). Значение понятия для процесса мышления очень велико, так как сами понятия и являются той формой, которой оперирует мышление, образуя более сложные мысли – суждения и умозаключения.

*Суждение* – это утверждение или отрицание каких-либо связей или отношений между предметами или явлениями. Разграничивая истинные или ложные суждения, человек наряду с констатацией какого-либо факта, явления, устанавливает свое отношение к объекту суждения.

*Умозаключение* – это форма мышления, посредством которой из одного или нескольких суждений выводится новое суждение. Умозаключение как новое знание получается путем выведения из уже имеющихся знаний, представляет собой оперирование не отдельными понятиями, а суждениями, возникает в результате сравнения двух или нескольких суждений. Умозаключение завершает процесс мышления, являясь окончательным выводом мыслительной операции.

Различают три основных способа получения умозаключений при рассуждении: дедукция, индукция и аналогия.

*Дедуктивное умозаключение* – ход рассуждений при получении заключения идет от более общего знания к частному (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 делают заключение 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).

Всякая мыслительная деятельность возникает и протекает в виде особых умственных операций (анализа, синтеза, сравнения, абстрагирования, 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. Как и 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 предметов и явлений, их свойств или их качественных особенностей.

*Абстракция (отвлечение)* – мысленное выделение существенных свойств или признаков при одновременном отвлечении от несущественных свойств или признаков предметов и явлений. Мыслить абстрактно – значит уметь извлечь какой-либо 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 их сходства и различий (деление категорий по существенному признаку).

Все мыслительные операции (действия) протекают не изолированно, а в различных сочетаниях. Прежде чем стать умственными действиями, они были практическими действиями. Действительно, прежде чем мысленно «разобрать» или «собрать» конструкцию какой-либо машины, т.е. произвести умственный анализ и синтез, человек должен сделать это практически. Эти главные мыслительные операции, анализ и синтез, опираются на все другие мысленные действия – сравнение, абстрагирование, конкретизацию и т.д. Овладеть мыслительными операциями и развивать мышление важно с раннего детства. В этом отношении очень полезны занятия со строительным материалом, игры типа «конструктор» и др.

Выделяют три основных вида мышления, которые последовательно появляются у ребенка в процессе онтогенеза: наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое. Главным различием между всеми этими видами мышления является характеристика тех психических содержаний (форм), на которые опирается мышление при мыслительных операциях.

*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. Этот тип мышления преобладает у ребенка в возрасте до года. В зрелом возрасте оно используется для решения задач, возникающих непосредственно в практической деятельности, и применяется при манипулировании предметами, часто методом проб и ошибок (так называемые двигательные пробы).

*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. Вместе с наглядными образами используются и знания, полученные при обучении и воспитании, но в значительно меньшей степени.

В процессе индивидуального развития наглядно-образному мышлению соответствует появление у ребенка громкой речи как сопровождения фазы ориентировки – описание ситуации вслух сначала для получения помощи от взрослых, затем для организации собственного внимания и ориентировки в ситуации. Речь вначале носит развернутый, внешний характер, а затем постепенно «свертывается», превращаясь во внутреннюю речь как основу внутренней, интеллектуальной деятельности. 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 всех предыдущих видах мышления мысленные операции осуществляются с той информацией, которую дает нам чувственное познание в виде непосредственного восприятия конкретных предметов и их образов-представлений. Мышление, благодаря абстрагированию, позволяет создавать отвлеченную и обобщенную картину ситуации в виде мыслей, т.е. понятий, суждений и умозаключений, которые выражаются словами. Эти мысли, как и элементы чувственного познания, становятся своеобразной формой и содержанием мышления, и с ними могут совершаться все основные мыслительные операции.

В психологической литературе иногда проводится разграничение между теоретическим и практическим мышлением по типу решаемых ими задач. Теоретическое мышление ориентировано на познание законов и правил, а основная задача практи-

ческого мышления – подготовка физического преобразования действительности (постановка цели, создание плана, проекта). В других случаях основанием для классификации видов мышления является уровень обобщений, с которыми имеет дело мышление: при теоретическом мышлении это научные понятия, а при эмпирическом – житейские, ситуационные обобщения.

По времени протекания, этапности и степени осознанности познавательных процессов выделяют аналитическое (логическое) мышление, которое развернуто во времени, имеет четкие и осознанные этапы (осуществляется путем логических умозаключений, постоянно приводящих к правильному пониманию основного принципа, закономерности), в то время как интуитивное мышление характеризуется быстротой протекания и малой осознанностью многих его этапов (осуществляется как непосредственное «схватывание» ситуации, своеобразное «усмотрение» решения без осознания путей и условий его получения).

По функциям мышление иногда подразделяют на творческое (созидательное), которое ориентировано на поиск оригинального решения задачи, порождение новых идей (оно возможно только в условиях свободы от критики, внешних и внутренних запретов), и стереотипное, направленное на решение типичных задач по заранее усвоенной схеме.

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 зависят от условий обучения и воспитания. Имеют значение и типологические свойства высшей нервной деятельности человека, его аффективной сферы, особенности функционального межполушарного взаимодействия.

*Индивидуальные особенности мышления* определяют такие его интегральные 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 суть 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 другие задачи.

*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; оно лишено податливости внушающему постороннему влиянию.

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

## **Нарушения мышления**

***Нарушение операциональной стороны мышления.*** Известно, что мышление опирается на систему понятий, которые дают возможность отразить действие в обобщенных и отвлеченных формах. Согласно С.Л. Рубинштейну, обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи явлений и объектов. Л.С. Выготский считал, что обобщение дано в системе языка, который помогает передать общечеловеческий опыт, и позволяет выйти за пределы единичных впечатлений. При некоторых формах патологии психической деятельности больные те-

ряют возможность использовать систему операций обобщения и отвлечения.

Нарушения операционной стороны мышления могут иметь следующие варианты: снижение уровня обобщения и искажение процесса обобщения.

*Снижение уровня обобщения* выражается в том, что в суждениях испытуемых доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях, устанавливаются сугубо конкретные связи между предметами. Особенно четко выступает непонимание условности и обобщенности предлагаемого образа при объяснении большими пословиц и метафор. Истинный смысл пословицы становится понятным только тогда, когда человек отвлекается от конкретных фактов, которые приводятся в пословице, и конкретные единичные явления приобретают характер обобщения. Только при этом условии осуществляется перенос содержания пословицы на другие ситуации. Такой перенос сходен с переносом способа решения с одной задачи на другую. За переносом стоит обобщение, за ним – анализ, взаимосвязанный с синтезом. Наиболее грубым и часто встречающимся нарушением является буквальное понимание пословицы, приводящее к потере ее обобщенного смысла. Например, пословицу «Куй железо, пока горячо» больной эпилепсией интерпретирует так: «Железо нельзя ковать, когда оно холодное».

Снижение уровня обобщения проявляется и при исследовании больных с помощью методики пиктограмм (опосредовании понятий через рисунки). Образы, создаваемые больными эпилепсией и умственно отсталыми лицами, носят конкретно-ситуационный характер и свидетельствуют о непонимании ими переноса и условности. Именно эти особенности проявляются в их педантизме, обстоятельности и вязкости.

Необобщенный характер ассоциаций у больных, страдающих эпилепсией, и у умственно отсталых лиц обнаруживается и при проведении заданий по установлению последовательности событий. При разложении серии сюжетных картинок больные руководствуются частными деталями картинки, не увязывая их в единый сюжет. Возникающие ассоциации обуславливаются лишь отдельными, изолированными элементами предьявленной картинки. Смысловые взаимосвязи между элементами воспри-

нимаемой больным ситуации не играют никакой роли в возникновении ассоциации.

Проблема опосредованности впервые была поставлена Л.С. Выготским. Овладевая в процессе своего развития значениями слов, человек обобщает объективные связи и отношения, управляет своим поведением. Слово как средство общения и обобщения образует в своем развитии единство и служит основой опосредования.

Патопсихологические исследования показывают, что мыслительная деятельность психически больных несовершенно отражает предметный и человеческий миры и взаимосвязи в них. В то же время полноценный процесс отражения объективных свойств и закономерностей явлений предполагает умение абстрагироваться от конкретных деталей.

*Искажение обобщения* – это нарушение операционной стороны мышления является антиподом процесса снижения обобщения. Оно наблюдается чаще всего у больных шизофренией. Искажение обобщения выражается в утере конкретных связей в чрезвычайно утрированной форме. Если у больных эпилепсией уровень обобщений характеризуется конкретно-ситуативными связями (и это означает снижение уровня обобщения), то больные шизофренией отражают в своих обобщениях лишь случайную сторону явлений, предметное содержание которых ими не учитывается и искажается. При решении заданий у больных шизофренией актуализируются лишь случайные ассоциации. Связи, которыми оперируют больные, не отражают ни содержания явлений, ни смысловых отношений между ними. Например, больные могут объединять вилку, стол и лопату по принципу твердости в одну группу. Задания на классификацию они выполняют либо на основе столь общих признаков, что это выходит за пределы содержательной стороны явлений, либо на основании чисто внешних, несущественных признаков. Например: жук и лопата объединяются в одну группу по причине того, что «лопатой роют землю, а жук тоже роется в земле».

Особенно отчетливо бессодержательный характер суждений выступает при выполнении пиктограмм. В них больные устанавливают лишь формальные, бессодержательные или выхолощенные связи. Условность выполненных рисунков может дохо-

доть до абсурда и полной схематизации. Например, для запоминания понятия «сомнение» рисуется сом, а для понятия «разлука» – лук. Другой больной, для того чтобы запомнить понятие «сомнение», изображает ком глины, так как «у Глинки есть роман "Сомнение", рисуем глину».

В суждениях больных шизофренией доминируют связи, неадекватные конкретным жизненным отношениям. Возникает симптом выхолащенного резонерства. Особенно явно он проявляется при сравнении и определении понятий. Например, понятие «часы» определяется как «импульс или пульс жизнедеятельности всего человечества». А сравниваемые одним из больных сани и телега определяются им как «видоизменение видимости».

И.П. Павлов отмечал, что пользование речью – это преимущество человека, но оно вместе с тем таит в себе возможность отрыва от действительности, ухода в бесплодную фантазию, если за словом не стоят «ближайшие» проводники действительности. Из-за отсутствия проверки практикой мыслительная деятельность больных становится неадекватной, а их суждения превращаются в «умственную жвачку». Парадоксально, но речь не облегчает выполнения задания, а затрудняет его, как как произносимые слова вызывают новые, часто случайные ассоциации, которые больными шизофренией не оттормаживаются. Резонерские суждения больных определяются не столько нарушениями их представлений, сколько стремлением подвести любое незначительное явление под определенную «концепцию».

***Нарушение динамики мыслительной деятельности.*** Признание рефлекторной природы мышления означает признание его как процесса. С.Л. Рубинштейн неоднократно подчеркивал, что свести мышление к операциональной стороне и не учитывать его процессуальную сторону означает устранить само мышление. Истинным проявлением мышления как процесса является цепь умозаключений, переходящая в рассуждение. Встречающиеся нарушения мышления в большинстве случаев не сводятся к распаду понятий, а являются динамическими нарушениями мышления. К ним относят лабильность и инертность мышления.

***Лабильность мышления.*** Нарушения динамики мыслительной деятельности могут выражаться в лабильности или неус-

тойчивости способа выполнения задания. Лабильность мышления – это чередование адекватных и неадекватных решений. Уровень обобщения в основном может не страдать, однако адекватный характер суждений может быть неустойчивым. Достигая в отдельных случаях высоких уровней обобщения, больные эпизодически сбиваются на путь неправильных или случайных сочетаний. Лабильность мышления может выражаться:

– в чередовании обобщенных и конкретно-ситуационных сочетаний;

– подмене логических связей случайными сочетаниями;

– образовании одноименных групп (например, представителей рабочих профессий).

Лабильность мышления часто проявляется у больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни. Маниакальные состояния характеризуются повышенным аффективным состоянием и психомоторным возбуждением. Больные беспрерывно громко говорят, смеются, шутят, сопровождая свою речь экспрессивной жестикуляцией и мимикой. Иногда выкрикивают отдельные слова. Характерна чрезвычайная неустойчивость и разбросанность внимания. Возникающие ассоциации носят хаотический характер и не отторгаются. Понимая смысл пословицы, больные не могут на ней сосредоточиться. Нередко какое-нибудь слово в пословице вызывает цепь ассоциаций, которые далеко уводят больного от начальной темы.

У больных возникает повышенная «откликаемость» – чуткое реагирование на любой раздражитель, не направленный на них. Одновременно характерно появление «вплетений», т.е. введение в контекст заданий слов, обозначающих находящиеся перед ними предметы. Любая фраза может вызвать действия больных, неадекватные содержанию их деятельности.

*Инертность мышления* – затрудненность переключения с одного способа работы на другой. Это нарушение мышления противоположно по смыслу предыдущему. Изменение условий затрудняет возможности обобщения материала. Инертность связями прежнего опыта приводит к снижению операций обобщения и отвлечения (например, при осуществлении предметной классификации). Больные эпилепсией, с последствиями тяжелых

травм, а также умственно отсталые демонстрируют вязкость мышления и своеобразное резонерство, проявляющееся в обстоятельности и излишней детализации. Они обнаруживают замедленность и тугоподвижность интеллектуальных процессов и трудности переключения.

***Нарушение мотивационного компонента мышления.***

Мышление является сложной саморегулирующейся формой деятельности, которая определяется целью и поставленной задачей. Существенным этапом мыслительной деятельности является сличение результатов с условиями задачи и предполагаемыми итогами. Утрата целенаправленности мышления приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и к тому, что мышление перестает быть регулятором действия человека.

Источником человеческого действия является осознанная потребность. Такая потребность для человека выступает в виде конкретных жизненных целей и задач. Реальная деятельность человека, направленная на достижение этих целей и задач, регулируется и корректируется мышлением. Мысль, пробужденная потребностью, становится регулятором действия. Для того чтобы мышление могло регулировать поведение, оно должно быть целенаправленным, критичным, лично мотивированным.

Нарушение мотивационного компонента мышления выражается в искажении уровня обобщения, если больные опираются в своих суждениях на нереальные признаки и свойства предметов (ложка может быть объединена с автомобилем «по принципу движения», а шкаф – с кастрюлей, потому что «у обоих есть отверстия»). Особенно ярко нарушение мотивационного компонента обнаруживается в разноплановости мышления и резонерстве.

*Разноплановость мышления* – протекание суждений в разных руслах. Во время выполнения одного и того же задания больные объединяют карточки на основании то свойств самих изображенных предметов, то личных вкусов и установок. Процесс классификации протекает у испытуемых в разных руслах. Г.В. Биренбаум определяла этот симптом как «минование сущности». Например, больной объединяет в группу карточки со

следующими изображениями: лопата, кровать, ложка, автомобиль, самолет, корабль и дает им объяснение: «Железные предметы, свидетельствующие о силе ума человеческого». Больные часто подменяют выполнение задания выявлением субъективного отношения к нему. Например, тот же больной, объединив шкаф, стол, этажерку, уборщицу и лопату в одну группу, объясняет это таким образом: «Мебель. Это группа выметающих плохое из жизни. Лопата – эмблема труда, а труд несовместим с жульничеством».

Парадоксальность установок, смысловая смещенность приводят к глубокому изменению структуры любой деятельности. Существенным при этом выступает то, что соответствует измененным парадоксальным установкам больных.

*Резонерство* – один из видов нарушений мышления, характеризующийся пустым, бесплодным многословием, рассуждением с отсутствием конкретных идей и целенаправленности мыслительного процесса.

***Нарушение критичности мышления*** могут возникнуть и в тех случаях, когда выпадают постоянный контроль над своими действиями и коррекция допущенных ошибок. Выделяя качества ума, Б.М. Теплов указывал на критичность и характеризовал ее как умение строго оценивать работу мысли, тщательно взвешивать все доводы за и против. При выполнении больными экспериментальных заданий обнаруживается группа ошибок, связанная с бездумным манипулированием предметами, безразличным отношением к собственным ошибкам.

И.И. Кожуховская отмечает, что именно градация отношений больного к допускаемым ошибкам может служить в какой-то степени показателем критичности мыслительной деятельности больных.

Больные шизофренией в основном безучастны к собственным ошибкам. Это объясняется нарушением мотивации их мышления. Больные эпилепсией, напротив, чрезвычайно остро переживают свои неправильные ответы и ошибки, однако оценить качество ответа они не могут. Их болезненная реакция, скорее, связана с оценкой их ответа экспериментатором, чем с содержанием ответа.

### 2.3. Воображение. Нарушения воображения

Способность человека к преобразованию представлений и создание новых образов на основе имеющихся называется *воображением*. Очевидна теснейшая связь между творческой или продуктивной деятельностью человека и его воображением. Воображение является основой образного мышления человека, равно как и творческого.

Воображение помогает человеку не только преобразовывать действительность, с его помощью человек способен ярко, метафорически выразить свою мысль, воспроизвести эмоциональное состояние или строй мыслей другого человека, примирить непримиримые, на первый взгляд, явления или точки зрения.

*Пассивное воображение* – явление, при котором образы возникают спонтанно, независимо от воли человека. Непроизвольная трансформация образов совершается под действием аффективно окрашенных влечений и слабо осознаваемых потребностей. Образы всплывают перед воображением, а не формируются им, и потому здесь пока еще нет оперирования образами. Такая форма воображения встречается в сновидениях или дремотных состояниях. Наряду с этим действие актуальной потребности может спонтанно вызывать картины желаемых событий, и человек порой не в силах остановить продуцирование этих образов, которые могут приобретать и навязчивый, патологический характер.

*Активное воображение* – воображение, при котором образы вызываются по собственному желанию человека. Как правило, этот вид является основой творческого мышления.

*Репродуктивное воображение* – реальность воспроизводится такой, каковой является на самом деле. В этом случае воображение сближается с образами памяти. Продукты воображенной деятельности человека могут быть банальными, трафаретными, а могут быть более или менее творческим оригинальным преобразованием.

*Продуктивное воображение* – сознательное конструирование новой действительности, которая формируется и преобразуется в соответствии с целями, которые ставит сознательная творческая деятельность человека.

*Реалистическое (конкретное) воображение* отражает действительность в виде конкретных, вещных образов, которые могут предвосхищать события.

*Фантастическое воображение* создает фантастическую картину, ярко отклоняющуюся от действительности, но при этом не порывающую с ней связями.

Функции воображения как своеобразной формы отражения действительности:

– способствует формированию внутреннего плана действий. Так, врач-хирург вначале представляет мысленно весь план подготовки и проведения операции, «проигрывает» возможные варианты действий, в том числе воображает и практические действия в операционном поле. Лишь после происходит переход к конкретным манипуляциям;

– осуществляет планирование и программирование деятельности. Любая деятельность выполняется на основе стратегических и текущих планов, подбора способов их реализации, оценки правильности полученных результатов. Эта функция ответственна не только за текущую деятельность, но и за высшие уровни, например составление жизненных планов, выбор и оценку стилей поведения и т.д.;

– проводит произвольную регуляцию познавательных процессов (восприятия, внимания, памяти);

– регулирует эмоциональные состояния. При помощи воображения человек способен в той или иной мере удовлетворить многие потребности. При невозможности их реализации возникают состояния напряженности, страха, тревоги, эмоционального возбуждения. В этих случаях воображение замещает предмет потребности, временно снижает отрицательные эмоции. Однако если потребность не удовлетворяется слишком долго, возможно возникновение патологических состояний, когда идеальный образ заменяет реальный мир;

– помогает представить действительность в образах для решения задач. В этом случае воображение выступает как составная часть мышления. Зачастую перевод знаково-символических условий задачи в образный план уменьшает время решения и позволяет получить результат сразу в целостном виде;

– управляет психофизиологическими и соматическими состояниями. Каким бы странным это не казалось, но воображение – это самый «нематериальный» процесс. Он тесно связан с работой многих соматических систем организма. Так, с помощью тренированного воображения можно менять ритм дыхания, частоту пульса, артериальное давление, температуру тела и другие показатели. Существует масса примеров того, как религиозное воображение приводит к появлению на теле верующих реальных ран, копирующих раны Христа, полученные им во время казни. Под влиянием воображения у человека может проявиться невиданная физическая сила, могут возникнуть нарушения или полная потеря речи, моментально исчезнуть хроническое заболевание и т.д. Это свойство воображения проявляется в аутотренинге как системе упражнений, позволяющих человеку регулировать функционирование всех уровней психики – от клеточного метаболизма до высших духовных функций.

Воображение тесно связано со сном и сновидениями. Как правило, они появляются в фазе «парадоксального сна» и выражаются в субъективно переживаемых образах (преимущественно зрительной, слуховой и тактильной модальности). Сюжеты сновидений могут быть абсолютно не связанными с реальностью, однако почти всегда они отражают основные потребности, мотивы и установки личности. Образы сновидений в большей степени связаны с работой правого полушария мозга, ответственного за образное мышление. В этом состоянии отсутствует критичность по отношению к содержанию сновидений, однако эмоции, личностные оценки (стыд, вина, страх) почти всегда сохраняются.

Нередко во сне решаются творческие задачи, находятся неожиданные, оригинальные трактовки событий и явлений; при этом сам механизм этих процессов человеку недоступен. Если система формирования сновидений нарушается, это часто приводит к формированию неврозов и развитию психосоматических заболеваний.

Работа воображения используется в последнее время в клинической практике при лечении многих соматических заболеваний, в психотерапевтической практике. Поскольку воображение часто воспроизводит представления больного о характере про-

текающих у него патологических процессов и его отношения к ним, задачей психолога становится визуализация этих психических образов. Они информируют о тех процессах психики, которые находятся на уровне бессознательного.

Чаще всего визуализация достигается с помощью рисунков больного, на которых хорошо видно отношение пациента к своему состоянию, оценка перспектив лечения и другие моменты. Это позволяет создать индивидуальную систему работы с больным, основанную на том, что он учится мысленно представлять себе процессы, ведущие к исчезновению патологии того или иного органа (например, заживление язвы, снижение артериального давления).

В клинической практике врачу нередко приходится встречаться с больными, у которых психопатологическая симптоматика может относиться к нарушениям как 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 и реальности. 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 является следствием 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) психотические фантазмы – воображаемое субъективно более устойчиво принимается за истину (например, как при конфабуляциях) и оно может переходить в целые сюжетные псевдологии и даже бредоподобные фантазии. Такие расстройства более характерны для различных органических заболеваний мозга с грубыми нарушениями памяти (прогрессивного паралича, сифилиса мозга, травм), также эпилепсии и шизофрении;

2) непсихотические фантазмы – 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 «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 патологическая ложь отличается от обычной тем, что чаще всего бывает явно нецелесообразной, и больной понимает всю ее бесполезность, но противостоять своей потребности лгать не может. Псевдологи 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 осложняет у них все остальные личностные черты.

## **2.4. Классификация, основные функции и индивидуальные особенности памяти. Формы нарушений памяти**

Одним из основных свойств нервной системы является способность к длительному хранению информации о внешних событиях. *Память* – это особая форма психического отражения действительности, заключающаяся в закреплении, сохранении и последующем воспроизведении информации в живой системе.

По современным представлениям, в памяти закрепляются не отдельные информационные элементы, а целостные системы

знаний, позволяющие всему живому приобретать, хранить и использовать обширный запас сведений в целях эффективного приспособления к окружающему миру.

Память как результат обучения связана с такими изменениями в нервной системе, которые сохраняются в течение некоторого времени и существенным образом влияют на дальнейшее поведение живого организма. Комплекс таких структурно-функциональных изменений связан с процессом образования *энграмм* – следов памяти. Память является своеобразным информационным фильтром, поскольку в ней обрабатывается и сохраняется лишь ничтожная доля от общего числа раздражителей, воздействующих на организм.

Память связывает прошлое субъекта с его настоящим и будущим и является важнейшей познавательной функцией, лежащей в основе развития и обучения.

Исследователи предлагают различные классификации памяти:

1. По критерию длительности сохранения материала память подразделяют на оперативную, кратковременную, долговременную. *Оперативной* называют память, которая обеспечивает запоминание и воспроизведение оперативной информации, необходимой для использования в текущей деятельности. *Кратковременной* называют память, которая характеризуется быстрым запоминанием материала, его воспроизведением и непродолжительным хранением. *Долговременная* память является наиболее важной и сложной системой памяти человека, ее емкость практически не ограничена. Все знания человека, его опыт хранятся в долговременной памяти.

2. По характеру приобретения информации память делят на генетическую и прижизненную. В *генетической* памяти хранится видовая информация, а в *прижизненной* – индивидуальный опыт человека.

3. По характеру психической активности память подразделяют на двигательную, эмоциональную, словесно-логическую, образную (зрительную, слуховую, осязательную, обонятельную, вкусовую). Под *двигательной* памятью понимают способность запоминать и воспроизводить систему двигательных операций (водить машину, играть на пианино, вязать и т.д.). В *эмоциональной* памяти запечатлены пережитые нами чувства и эмо-

циональные состояния. *Словесно-логический* вид памяти (вербальная, или семантическая, память) является продуктом культуры, включает формы мышления, способы познания и анализа, основные грамматические правила языка. *Образная* память обеспечивает возможность сохранять и использовать образы восприятия.

4. По критерию произвольности (степени участия воли в процессе запоминания и воспроизведения) различают *непроизвольную* и *произвольную* память. При *непроизвольном* запоминании человек не ставит перед собой задачу что-либо запомнить, «само собой запоминается». В случаях, когда человек ставит перед собой задачу что-либо запомнить и прикладывает к этому определенные усилия, речь идет о *произвольном* запоминании.

5. По способу запоминания память делится на *механическую* и *смысловую*. *Механическим* называется такой вид запоминания, который осуществляется только путем повторения, без установления ассоциативных и смысловых связей. *Смысловым* называют такой вид памяти, который опирается на установление и запоминание смысловых связей. Продуктивность смысловой памяти выше механической примерно в 25 раз.

Основными функциями человеческой памяти являются целенаправленное запоминание, сохранение и произвольное воспроизведение информации.

*Запоминание (фиксация)* – функция памяти, заключающаяся в запечатлении воспринимаемой информации с целью ее последующего сохранения.

Процесс запоминания протекает в трех основных формах: запечатление, *непроизвольное* запоминание и заучивание. *Запечатление* – это как кратковременное, так и долговременное сохранение материала, предъявлявшегося однократно на несколько секунд. Под *непроизвольным запоминанием* понимают сохранение в памяти неоднократно воспринимаемого материала без волевых усилий и цели запомнить, в то время как *преднамеренное* запоминание (*заучивание*) – специальная деятельность, запоминание с целью сохранения материала в памяти.

*Сохранение (ретенция)* – функция памяти, которая заключается в длительном удержании и накоплении индивидуального и общественного опыта. Прочность сохранения обеспечивается, с

одной стороны, осмысленностью запоминаемого, с другой – повторениями, которые должны быть разнообразными по содержанию и форме.

*Воспроизведение (экфория энграмм)* – функция памяти, заключающаяся в актуализации закрепленного ранее содержания прошлого опыта путем извлечения его из долговременной памяти и перевода в оперативную. Процесс воспроизведения имеет три основные формы: узнавание, воспроизведение и припоминание.

*Узнавание* является наиболее простой формой воспроизведения, которая возникает при повторном восприятии объекта. Узнавание может быть полным или неполным (частичным). При полном узнавании повторно воспринятый предмет сразу отождествляется с ранее известным. Например, в толпе людей мы узнаем лицо знакомого нам человека. При неполном узнавании существуют трудности соотнесения воспринимаемого предмета с тем, что уже имело место в личном опыте человека. Так, услышав кусочек музыкального произведения, человек может испытывать чувства знакомого, но не способен назвать музыкальное произведение, из которого взят фрагмент.

*Воспроизведение* – это появление в поле сознания образа объекта без повторного восприятия объекта. В тех случаях, когда в результате многократных повторений материал закреплен прочно, воспроизведение осуществляется легко. Но иногда человеку приходится прилагать достаточные усилия для того, чтобы извлечь материал из памяти. Такое воспроизведение называется *припоминанием*.

В некоторых случаях воспроизведение заученного с течением времени не только не ухудшается, а улучшается. Такое явление получило название *реминисценции*. Это связано прежде всего с внутренней работой по осмыслению заученного материала, особенно если он представлял значительный интерес для человека.

*Забывание* – это процесс, характеризующийся постепенным уменьшением возможностей припоминания и воспроизведения заученного материала. Забывание впервые исследовал Г. Эббингауз. Последующие исследования показали, что темп забывания зависит от объема запоминаемого материала, его содержания и

степени его осознанности, степени значимости запоминаемого материала для человека и др.

Основными факторами забывания являются время и степень активности использования имеющейся информации (забывается то, в чем нет постоянной потребности и необходимости). Но в психике встречаются парадоксальные явления, связанные со временем: пожилые люди (а возраст – это временная характеристика) легко помнят о том, что было очень давно, но быстро забывают то, что происходило только что. Это явление называют *законом обратного хода памяти*.

У каждого человека существуют индивидуальные отличия памяти, которые реализуются в разных сферах его деятельности. В процессах памяти индивидуальные отличия проявляются в скорости, точности, качестве запоминания и готовности к воспроизведению.

*Скорость* запоминания определяется количеством повторений, необходимых для запоминания нового материала.

*Точность* запоминания характеризуется соответствием воспроизведенного тому, что запомнилось, и количеством возможных ошибок.

*Прочность* запоминания проявляется в продолжительности сохранения заученного материала (или в медленности его забывания).

*Готовность к воспроизведению* проявляется в том, как быстро и легко в нужный момент человек может припомнить необходимую информацию.

Индивидуальные отличия памяти проявляются и в том, какой материал лучше запоминается (образный, словесный или в равной мере продуктивно тот и другой). В связи с этим в психологии различают: наглядно-образный, словесно-абстрактный, смешанный, или промежуточный, типы памяти.

На эффективность работы памяти влияет использование мнемонических действий или приемов запоминания, воспроизведения (в некоторых случаях забывания). К *мнемоническим приемам* можно отнести следующие:

*Группировка* – разбиение материала на группы по каким-либо основаниям (смыслу, ассоциациям, законам гештальта и т.д.).

*Выделение опорных пунктов* – фиксация какого-либо краткого пункта, служащего опорой более широкого содержания (тезисы, заглавие, вопросы, образы излагаемого в тексте, примеры, цифровые данные, сравнения, имена, эпитеты, незнакомые и малознакомые слова, чем-либо выделяющиеся выражения, эмоциональная реакция субъекта и т.д.).

*Составление плана* – совокупность опорных пунктов.

*Классификация* – распределение каких-либо предметов, явлений, понятий по классам, группам, разрядам на основе определенных общих признаков.

*Структурирование* – установление взаимного расположения частей, составляющих целое, внутреннего строения запоминаемого.

*Схематизация* – изображение или описание чего-либо в основных чертах или в виде упрощенного представления запоминаемой информации.

*Установление аналогии* – установление сходства, подобия в определенных отношениях предметов, явлений, понятий.

*Использование мнемотехнических приемов* – совокупность готовых, известных способов запоминания.

*Перекодирование* – вербализация, или проговаривание, называние, представление информации в образной форме, преобразование информации на основе семантических, фонематических и других признаков.

*Достраивание запоминаемого материала и привнесение в запоминаемое субъектом* – использование вербальных посредников, объединение и привнесение чего-либо по ситуативным признакам, распределение по местам (метод локальной привязки, или метод мест).

*Серийная организация материала* – установление или построение различных последовательностей: распределение по объему, времени, упорядочивание в пространстве и т.д.

*Установление ассоциаций* – установление связей по сходству, смежности или противоположности.

*Повторение* – сознательно контролируемые и неконтролируемые процессы циркуляции информации, являющиеся универсальными и фундаментальными.

Глубокое понимание материала является надежным приемом и условием осмысленного запоминания. Большое значение для запоминания имеет целевая установка. После реализации цели информация становится ненужной и быстро забывается. Запоминание материала зависит от полноты восприятия. Полнота восприятия возрастает, если информация поступает через несколько каналов, например слуховой и зрительный. На запоминание сильное влияние оказывает эмоциональное состояние.

Результаты запоминания определяются не только субъективными факторами, но и содержанием, объемом, трудностью, важностью, осмысленностью, привлекательностью, эмоциональными особенностями заучиваемого материала.

Эффективность работы памяти зависит также от психического состояния человека, индивидуальных психологических особенностей, таких как уровень интеллекта, темперамент, черты характера, возраст.

## **Нарушения памяти**

***Нарушение непосредственной памяти*** заключается в невозможности воспроизвести события или полученный опыт сразу после действия внешнего стимула. К таким расстройствам памяти относятся корсаковский синдром и прогрессирующая амнезия.

*Корсаковский синдром* – нарушение памяти, при котором имеются неточные воспоминания виденного или услышанного в настоящем периоде времени с полным или частичным сохранением памяти на события прошлого. Синдром нарушения памяти на текущие события был описан известным отечественным психиатром С.С. Корсаковым. Данный вид нарушений памяти часто сочетается с конфабуляциями (заполнением провалов в памяти несуществовавшими событиями) в отношении текущих событий и дезориентировкой в месте и во времени. Больные с такими нарушениями памяти не помнят событий недавнего прошлого, но нередко воспроизводят те события, которые произошли с ними много лет назад.

Часто корсаковский синдром может проявляться в неточности воспроизведения услышанного и увиденного или в неточной

ориентировке. При этом иногда возникает ложное воспроизведение без грубых конфабуляций: больные замечают пробелы в своей памяти и пытаются их восполнить, придумывая несуществующий вариант событий. Нарушения памяти на недавние события сочетаются с недостаточной ориентировкой в окружающем, реальные события могут то отчетливо выступать в сознании больного, то причудливо переплетаться с событиями, не имевшими места. Таким образом, невозможность воспроизведения информации настоящего момента не позволяет организовать будущее, нарушается взаимосвязь отдельных периодов жизни.

*Прогрессирующая амнезия* – это такое нарушение памяти, при котором расстройство распространяется не только на текущие, но и на прошедшие события. Больные не помнят прошлого, путают его с настоящим, смещают хронологию событий. Характерной становится дезориентировка во времени и пространстве. При амнестической дезориентировке прошлые профессиональные навыки могут быть перенесены в настоящее время.

Данные нарушения памяти чаще всего отмечаются при психических заболеваниях позднего возраста. В их основе лежит прогрессирующая, качественно своеобразная деструкция коры головного мозга. Болезнь характеризуется неуклонно развивающимися расстройствами памяти: сначала снижается способность к запоминанию текущих событий, затем стираются события последних лет и отчасти давно прошедшего времени. Больной живет не в настоящей ситуации, которую он уже не воспринимает, а в обрывках обстоятельств, действий, положений, имевших место в далеком прошлом. Старческое слабоумие развивается постепенно.

С.Г. Жислин высказывает предположение о том, что неясное восприятие мира при старческом слабоумии обусловлено расторможенностью выработанных дифференцировок и общим ослаблением анализаторных функций коры. Ставшие инертными нервные процессы не успевают за сменой событий, происходящих в реальном мире. Больные способны фиксировать лишь отдельные части этих событий.

***Нарушение динамики мнестической деятельности*** следует рассматривать как проявление прерывистости всех психических процессов, как индикатор неустойчивости умственной работоспособности, ее истощаемости, а не как нарушение памяти в узком смысле слова. Понятие «работоспособность» включает ряд аспектов, определяющих отношение к окружающему миру и к себе, способность к регуляции собственного поведения, целенаправленность собственных усилий, возможность бороться с истощаемостью и пресыщаемостью.

Можно предположить, что нарушение динамики мнестической деятельности является особым и частным случаем проявления истощаемости умственной работоспособности, отражением ее неустойчивости. Нарушение динамики мнестической деятельности может корректироваться через опосредование – использование метода пиктограмм. Однако при возникновении чрезмерной тенденции к опосредованию сам процесс воспроизведения иногда теряет актуальность для больного и становится менее дифференцированным.

Нарушение динамики мнестической деятельности может быть следствием аффективно-эмоциональной неустойчивости. Аффективная дезорганизация больного, часто сопутствующая многим органическим заболеваниям (посттравматического, инфекционного и другого генеза), может проявляться в забывчивости, неточности усвоения, переработки и воспроизведения материала.

***Нарушение опосредствованной памяти*** (запоминания с использованием промежуточного, или опосредующего, звена для улучшения воспроизведения) у больных разных нозологических групп исследовали Г.В. Биренбаум, С.В. Логинова при помощи метода пиктограммы. Суть этого метода, предложенного А.Р. Лурия: испытуемый должен запомнить 14 слов, но для лучшего запоминания ему нужно придумать и зарисовать на бумаге что-либо такое, что могло бы в дальнейшем помочь воспроизвести предложенные слова. Оказалось, что введение опосредования часто не улучшает, а ухудшает у больных возможность точного воспроизведения.

Причина трудности опосредования у больных олигофренией заключается в недоразвитии мышления, неспособности уста-

новить условную смысловую связь между стимульным словом и рисунком. При эпилепсии отмечается снижение эффективности опосредованного запоминания в сравнении с непосредственным. У больных эпилепсией, а также при органических поражениях головного мозга отмечаются трудности опосредования предложенных понятий с конкретным рисунком. Это является следствием выраженной склонности к чрезмерной детализации, фиксации на отдельных свойствах предметов. У больных шизофренией условность рисунка становится беспредметной и широкой, что перестает отражать реальное содержание слова, или рисунок отражает актуализацию слабых, латентных свойств, что также затрудняет воспроизведение. Наблюдаемое в методиках снижение памяти часто имеет вторичный характер, обусловленный снижением волевого усилия.

***Нарушение мотивационного компонента памяти.*** Мотивационный компонент является неотъемлемым в строении и протекании процессов памяти, его нарушения особенно проявляются у больных с эндогенными заболеваниями (шизофренией): нарушается личностное отношение к окружающему миру, они запоминают только то, что считают нужным и важным. Например, больные шизофренией запоминают одежду, форму, цвет, тогда как здоровые люди запоминают облик человека.

Измененное отношение к окружающему и своим возможностям приводит к распаду структуры психической деятельности (А.Р. Лурия, С.Л. Рубинштейн и др.). Исследования показывают, что у больных с различными формами патологии изменяется и закономерность воспроизведения завершенных и незавершенных действий. Так, у больных шизофренией, в психическом состоянии которых отмечалась эмоциональная вялость и искажение мотивов, не возникал эффект лучшего воспроизведения незавершенных действий. В норме коэффициент равен 1,9, у больных шизофренией – 1,1. Напротив, больные с эпилептической болезнью, страдающие гипертрофической ригидностью эмоциональных установок, продемонстрировали преобладание незавершенных действий над завершенными (1,8). Эти данные доказывают, что в нарушениях мнестической деятельности находит свое отражение по-разному измененная структура мотивационной сферы больных.

## 2.5. Внимание и его основные характеристики. Нарушения внимания

*Внимание* – это такое свойство психики, которое выражает ее направленность и сосредоточенность на определенных объектах при одновременном отвлечении от других объектов в течение определенного периода времени.

Физиологический механизм внимания был раскрыт в работах советских ученых И.П. Павлова, А.А. Ухтомского. И.П. Павлов считал, что концентрация психической деятельности при одновременном отвлечении от всего остального достигается благодаря закону взаимной индукции нервных процессов возбуждения и торможения в коре больших полушарий головного мозга. Возникший под воздействием внешнего сигнала очаг возбуждения в коре больших полушарий вызывает торможение в других участках мозга. Этот очаг возбуждения, который на определенное время подчиняет все остальные участки мозга, А.А. Ухтомский назвал доминантой. *Доминанта* – это временная господствующая рефлекторная система, обуславливающая работу нервных центров в данный момент и придающая поведению определенную направленность.

В психологии принято выделять следующие критерии внимания:

– внешние реакции – моторные, вегетативные, обеспечивающие условия лучшего восприятия сигнала: поворот головы, фиксация глаз, мимика и поза сосредоточения, задержка дыхания, вегетативные компоненты;

– сосредоточенность на выполнении определенной деятельности. Это состояние поглощенности субъекта предметом деятельности, отвлечение от побочных, не относящихся к нему условий и объектов;

– увеличение продуктивности когнитивной и исполнительской деятельности;

– избирательность (селективность) информации – возможность активно воспринимать, запоминать, анализировать только часть поступающей информации, а также в реагировании только на ограниченный круг внешних стимулов;

– ясность и отчетливость содержаний сознания, находящихся в поле внимания.

Внимание теснейшим образом связано с волевой активностью человека. Наиболее традиционна классификация видов внимания по признаку произвольности. Разделение внимания на произвольное и непроизвольное историки психологии находят уже у Аристотеля. В соответствии со степенью участия воли при сосредоточении внимания Н.Ф. Добрынин выделил три вида внимания: непроизвольное, произвольное и послепроизвольное.

*Непроизвольное внимание* возникает непреднамеренно, без каких-либо специальных усилий. По своему происхождению непроизвольное внимание ближе всего связано с «ориентировочными рефлексам» (И.П. Павлов). Причины, вызывающие непроизвольное внимание, кроются в первую очередь в особенностях внешних воздействий – раздражителей. К числу таких особенностей относится сила раздражителя. Сильные раздражители (яркий свет, яркие краски, громкие звуки, резкие запахи) легко привлекают внимание, так как, по закону силы чем сильнее раздражитель, тем значительнее возбуждение, вызываемое им.

Важное значение имеет не только абсолютная, но и относительная сила раздражения, т.е. соотношение раздражения по силе с другими раздражителями, составляющими как бы фон, на котором выступает этот раздражитель. Даже сильный раздражитель может не привлечь внимания, если он действует на фоне других сильных раздражителей. В уличном шуме большого города отдельные, даже сильные, звуки не всегда привлекают внимание, но если они будут услышаны ночью в тишине, то обязательно обратят на себя внимание. Однако даже самые слабые раздражители становятся объектом внимания, если они даны на фоне полного отсутствия других раздражителей: малейший шорох при полной тишине вокруг, совсем слабый свет в темноте и т.п.

Во всех этих случаях определяющим является контраст между раздражителями, который играет весьма важную роль в привлечении непроизвольного внимания. И это относится не только к силе раздражителей, но и к другим их особенностям. На всякое значительное различие – по форме, размеру, цвету, продолжительности действия и т.п. – человек невольно обраща-

ет внимание. Маленький предмет легче выделяется среди больших; длительный звук – среди отрывистых, коротких звуков; иностранное слово – если оно находится в русском тексте и т.п. В большей мере привлекают внимание резкие или же многократно повторяющиеся изменения в раздражителях: значительные перемены во внешнем виде хорошо известных вещей, людей, периодическое усиление или ослабление звука, света и т.п. Аналогично этому действует и движение предметов.

Важный источник непроизвольного внимания – новизна предметов и явлений. Новое легко становится объектом внимания, в то время как шаблонное, стереотипное, многократно повторяющееся внимания не привлекает. Однако новое служит объектом внимания в меру того, насколько может быть понято. А для этого оно должно находить опору в прошлом опыте.

Будучи вызванным внешними раздражителями, непроизвольное внимание существенно определяется состоянием самого человека. Одни и те же предметы или явления могут стать объектом внимания или не привлечь его в зависимости от того, каково состояние человека в данный момент. Важную роль играют потребности и интересы людей, их отношение к тому, что на них воздействует. Все, что связано с удовлетворением или неудовлетворением потребностей (как органических, материальных, так и духовных, культурных), соответствует интересам, к чему есть определенное, ясно выраженное и эмоциональное отношение, – все это легко становится объектом непроизвольного внимания. Тот, кто интересуется спортом, скорее обратит внимание на афишу, в которой сообщается о спортивном состязании, нежели тот, кто вовсе не интересуется спортивной жизнью. Внимание же музыканта непременно привлечет объявление о концерте, которое совсем может быть не замечено тем, чьи интересы не связаны с музыкой.

Значительную роль играют настроение и эмоциональное состояние человека, в немалой мере определяющие то, что привлечет внимание из всего воздействующего в данный момент.

Существенное значение имеет утомление или, наоборот, бодрое состояние, в котором находится человек. Хорошо известно, что в состоянии сильной усталости нередко не замечается то, что легко привлекает внимание в бодром состоянии.

*Произвольное внимание* носит отчетливо выраженный, сознательный, волевой характер и наблюдается при каком-либо преднамеренном действии. Произвольное внимание является обязательным условием труда, учебных занятий, работы вообще. Для эффективного выполнения любой деятельности всегда необходимы целесообразность, сосредоточенность, направленность и организованность и вместе с тем умение отвлекаться от того, что несущественно для получения намеченного результата.

Благодаря произвольному вниманию люди могут заниматься не только тем, что их действительно интересует, захватывает, волнует, но и тем, что не обладает непосредственной привлекательностью, не потому, что «хочется», а потому что «надо». Чем меньше увлекает человека работа, тем больше требуется волевых усилий для сосредоточения внимания. Причиной, вызывающей и поддерживающей произвольное внимание, является осознание значения объекта внимания для выполнения данной деятельности, удовлетворения потребностей, тогда как при непроизвольном внимании значение объекта может и не осознаваться.

Прилагая значительные усилия к тому, чтобы включиться в работу, например, приступая к решению сложной геометрической задачи, ученик, найдя интересные способы ее решения, может настолько увлечься, что волевые усилия станут не нужны, хотя сознательно поставленная цель сохраняется. Такой вид внимания Н.Ф. Добрынин назвал *послепроизвольным вниманием*. Для человека, труд которого носит творческий характер, подобная форма внимания весьма характерна. Уменьшение волевого напряжения при послепроизвольном внимании может стать следствием выработки трудовых навыков, особенно привычки сосредоточенно работать в определенном режиме.

К свойствам (или характерным особенностям) внимания относят его концентрацию, распределение, объем, переключение и устойчивость.

*Концентрация* внимания характеризует интенсивность сосредоточения и степень отвлечения от всего, что не входит в поле внимания. Важными условиями поддержания оптимальной интенсивности внимания являются рациональная организация труда с учетом индивидуальных особенностей работо-

способности, а также оптимальные внешние условия (тишина, освещение и т.д.).

*Распределение* внимания – это такая организация психической деятельности, при которой одновременно выполняются два или более действия, это способность контролировать несколько независимых процессов, не теряя ни одного из них из поля своего внимания. Распределение внимания часто дополняется или заменяется его быстрым переключением. Многие известные личности могли выполнять несколько видов деятельности одновременно. Главное условие успешного распределения внимания – по крайней мере одно действие должно быть хотя бы частично автоматизировано, доведено до уровня навыка. Поэтому можно, например, легко совмещать просмотр фильма по телевизору и какую-то ручную работу. Труднее выполнять два вида умственного труда. Самое сложное – это распределение внимания между двумя мыслительными процессами с разным содержанием (например, обдумывание мысли и слушание рассуждения на другую тему). Попытка хорошо осознать обе мысли вызывает состояние эмоциональной напряженности.

*Объем* внимания – это количество несвязанных объектов, которые могут восприниматься одновременно ясно и отчетливо. Из определения следует, что объем внимания меньше, чем объем восприятия. У взрослого человека объем внимания составляет в среднем  $(7 \pm 2)$  элемента. Ограниченность объема внимания нужно учитывать на практике для того, чтобы визуальная информация «схватывалась» мгновенно.

*Переключение* внимания отличается от его отвлечения тем, что это сознательное, преднамеренное, целенаправленное изменение направленности психической деятельности, обусловленное постановкой новой цели. Таким образом, к переключению нельзя относить любой перенос внимания на другой объект. Тренировка, специальное обучение могут улучшать переключаемость внимания. В то же время она тесно связана с таким свойством нервных процессов, как их подвижность, что вводит свои ограничения на возможность тренировки этого свойства внимания.

*Устойчивость* внимания определяется длительностью, в течение которой сохраняется его концентрация. Кратковремен-

ные колебания внимания, не замечаемые субъектом в деятельности и не влияющие на ее продуктивность, неизбежны, например, в случае моргания. Устойчивость внимания зависит от особенностей материала, степени его трудности, понятности, общего отношения к нему субъекта.

### **Виды нарушений внимания**

Снижение концентрации внимания и его колебания приводят к **снижению устойчивости внимания**. Недостаточная устойчивость внимания затрудняет протекание целенаправленной познавательной деятельности и является одной из самых главных предпосылок к возникновению трудностей в мыслительной деятельности. Обеспечение первоначальной фиксации внимания на объекте выступает ведущей предпосылкой сосредоточенного и устойчивого внимания.

*Отвлекаемость* – произвольное перемещение фокуса внимания с одного объекта на другой. Отвлекаемость может быть связана с действием как внешних объектов и явлений, так и внутренних процессов. Внешние раздражители, отвлекающие внимание от выполняемой деятельности, характеризуются внезапностью проявления, интенсивностью или колебаниями силы и частоты. Внутренняя отвлекаемость связана с сильными эмоциональными переживаниями, навязчивыми мыслями, состоянием организма. Мы часто ловим себя на том, что, читая книгу или решая задачу, вдруг обнаруживаем, что делаем это автоматически, по инерции, не вникая в смысл прочитанного, в то время как наши мысли совсем не об этом, а о каких-то тревожащих нас событиях, переживаниях, идеях, фантазиях или мечтах.

*Рассеянность* проявляется в невозможности сосредоточиться, повышенной отвлекаемости и, как следствие, в низкой продуктивности деятельности. Часто это связано с особенностями функционирования нервной системы или инволюционными процессами в пожилом возрасте.

**Уменьшение объема внимания** – это количественное сужение совокупности раздражителей из-за нарушения способности к их удержанию. Так, например, у умственно отсталых детей по сравнению с их нормальными сверстниками сужен объем внимания. Они смотрят и не видят, слушают и не слышат. Бросая

взор на какой-то предмет, они видят в нем меньше отличительных признаков, чем нормально развивающийся ребенок. Это одна из причин, осложняющих ориентировку таких детей на улице, в помещении и особенно в малознакомых местах.

Лица с эпилепсией в силу выраженной инертности протекающих психических процессов увязают в многочисленных деталях объектов. Именно это и не позволяет им обеспечивать активным вниманием достаточный объем материала. Больные шизофренией, скользя по предмету познания, не удерживают объем внимания по другой причине. Удержание объема внимания для них ничем не мотивировано.

По мнению Ж. Пиаже, узость поля внимания лиц связана с трудностью, а подчас и с невозможностью осуществить мыслительный синтез. Именно это мы и наблюдаем у большинства детей с отклонениями в развитии. Нормально развивающийся ребенок дошкольного возраста видит и замечает многое, но и он не способен организовать свое наблюдение.

Для расширения объема внимания необходимо не просто вовлечение все большего количества учитываемых признаков, но и их ассимиляция, включение в структуру опыта, иерархизация, что требует сохранности соответствующих механизмов.

***Нарушения переключения внимания*** – это нарушение лабильного перехода от одного стереотипа выполнения деятельности к другому, нарушение способности к отторжению предшествующих способов деятельности.

Б.В. Зейгарник рассматривает многие нарушения внимания как частные нарушения умственной работоспособности, являющиеся следствием психических или соматических заболеваний. Нарушение переключения внимания выражено у различных категорий больных по-разному.

Люди с шизофренией, отличающиеся лабильностью протекания мыслительной деятельности, легко и свободно переключаются с объекта на объект. Однако при выборе новых способов деятельности большое значение имеет их собственная мотивация. У таких больных активное внимание ухудшается в результате снижения энергетического потенциала, апато-абулического синдрома, вследствие нарушений личностного компонента мышления.

Умственно отсталые и больные эпилепсией испытывают значительные трудности при переключении с одного задания на другое. В их деятельности особенно ярко проявляется застреманность или «соскальзывание» на уже знакомый способ решения задания. У них снижена способность к распределению внимания между разными видами деятельности. Они не могут выполнять сразу два задания, например, рисовать и рассказывать стихотворение.

Нарушения внимания наблюдаются при разных психических и соматических заболеваниях. Возможны также нарушения внимания и при аффективно-эмоциональных реакциях и состояниях у здоровых людей.

Снижение активного внимания (концентрации, переключаемости, устойчивости) отмечается при неврозах.

У больных с органическими заболеваниями головного мозга (в результате изменений структуры головного мозга) отмечают персеверации, трудности в переключении, повышенная отвлекаемость, истощаемость внимания.

При алкоголизации и дизэнцефальном синдроме отмечается снижение концентрации и устойчивости внимания.

Церебральный атеросклероз характеризуется быстрой утомляемостью, проявляющейся в колебаниях внимания, невозможности сосредоточения.

У соматических больных (например, туберкулезом и др.) отмечаются трудности концентрации внимания, замедленное вращивание, трудности переключения, сужение объема внимания.

## 2.6. Интеллект и его расстройства

*Интеллект* – качество психики, состоящее из способностей приспособиваться к новым ситуациям, обучению и запоминанию на основе опыта, пониманию и применению абстрактных концепций и использованию своих знаний для управления окружающей человека средой. Это сумма психических функций, составляющих когнитивную (познавательную) деятельность. К предпосылкам интеллекта относятся психические процессы, обеспечивающие восприятие, накопление, хранение информа-

ции, а также анализ приобретенного опыта. Таким образом, в этом смысле речь идет о функциях памяти, мышления, речевой деятельности, которые чаще всего позволяют оценить интеллектуальные возможности человека.

Интеллект не является самостоятельной психической функцией, это совокупный результат всех познавательных процессов, а также уровень способностей, потенциальных возможностей человека. Понятие интеллекта также включает возможность творческой самореализации и социально полезной гуманистически направленной деятельности человеческой личности.

Как в норме, так и при патологии для оценки состояния интеллекта необходимо учитывать его различные аспекты. Степень интеллектуального недоразвития может варьироваться от незначительных нарушений когнитивной деятельности и эмоциональных расстройств до крайне тяжелых и глубоких нарушений с полным отсутствием речи, навыков поведения. В западной литературе по психиатрии и Международных классификациях психических расстройств принято учитывать степень психического недоразвития по показателям индекса компетентности (IQ), который рассчитывается с помощью ряда психологических тестов по формуле. Данный индекс позволяет оценивать общую осведомленность, понимание ситуации, арифметические способности, память, словарный запас, степень развития абстрактного мышления и т.д. Показатели IQ выше 100 свидетельствуют о высоком интеллекте и опережающем развитии; в диапазоне от 70 до 90 располагаются пограничные состояния, соответствующие низкому интеллекту, которые, однако, не являются патологическими; показатели ниже 70 свидетельствуют об интеллектуальном недоразвитии. Следует отметить, что психометрическое тестирование является достаточно формальной процедурой.

### **Расстройства интеллекта**

В психиатрии особое значение имеют состояния расстройства интеллекта – слабоумие. *Слабоумие* – стойкое, малообратимое оскудение психической деятельности с резким ослаблением познавательной деятельности, обеднением эмоций и изме-

нением поведения. Слабоумие может быть врожденным и приобретенным.

**Врожденное слабоумие (олигофрения)** может быть представлено различными степенями недоразвития уровня психической, в первую очередь интеллектуальной, деятельности, связанное с врожденной или приобретенной до трехлетнего возраста органической патологией головного мозга. Наряду с интеллектуальной недостаточностью всегда имеет место недоразвитие эмоционально-волевой сферы, речи, моторики и личности в целом. В любом случае формирование большинства функций нервной системы не достигает уровня полноценной нормы, а многие важные для жизнедеятельности и адаптации функции не формируются вообще. Однако динамика олигофрений характеризуется отсутствием прогрессирующего нарастания интеллектуального дефекта. Напротив, в процессе эволюционного развития, накопления жизненного опыта и соответствующих поведенческих навыков возможно улучшение адаптации и умения использовать приобретенные знания.

Для клинико-психологической структуры олигофрении характерны два основных признака: тотальность и иерархичность. Тотальность проявляется в недоразвитии всех нервно-психических процессов и в определенной мере даже соматических функций, начиная от врожденной несформированности внутренних органов (пороков сердца, других систем), недоразвития костной и мышечной ткани, сенсорики, моторики, эмоций и заканчивая высшими психическими функциями, такими как речь и мышление, несформированностью личности в целом.

Иерархичность нарушений выражается в том, что недостаточность гнозиса, праксиса, памяти, эмоций, как правило, проявляется в меньшей степени, чем недоразвитие мышления. Эта же закономерность распространяется и на нейродинамические процессы, явления нарушения подвижности (инертность), характерные для олигофрении, в большей степени наблюдаются в интеллектуально-речевой сфере и меньше – в сенсомоторной. Недоразвитие высших форм познавательной деятельности вторично задерживает развитие других психических функций, поэтому степень их недоразвития большей частью соответствует тяжести интеллектуального дефекта.

По степени выраженности интеллектуального дефекта олигофрения делится на дебильность, имбецильность и идиотию.

*Дебильность* – самая легкая степень врожденного слабоумия (IQ = 50-70), характеризующаяся примитивностью суждений и умозаключений. При данной форме олигофрении в первую очередь страдает абстрактно-логическое мышление с сохранением конкретно-образного, затрудняется переход от чувственного познания к рациональному, от конкретных обобщений к абстрактным. При этом выявляется недостаточная дифференцированность эмоций. Неполюценны интеллектуальные операции, такие как сложные формы обобщения, анализа и синтеза, классификации, абстрагирования, сравнений. Не получают должного развития свойства и качества ума: широта, глубина, самостоятельность, доказательность, логичность, гибкость, критичность. Степень снижения предпосылок интеллекта может быть различной. При удовлетворительном внимании и сохранной механической памяти, возможно, большой накапливает достаточный запас знаний, навыков чтения, письма, счета, приобретает рабочую специальность. Психический «инвентарь» скуден. Словарный запас (измеряется сотнями слов) и объем знаний не соответствуют возрастной норме. Возможности обучения снижены, социальная адаптация нарушена.

*Имбецильность* представляет собой среднюю степень умственной отсталости (IQ = 20-50), основными чертами которой являются полная невозможность абстрактного мышления, а также затруднения в сфере конкретно-образного. Эмоции однообразны и граничат с крайностями. Ориентировка слабая и примитивная. Такие больные не могут предвидеть последствия своих действий. Мышление их сверхконкретное и прямолинейное. Проведение логических операций практически невозможно, понимание различий между предметами и явлениями доступно только в пределах конкретного. Суждения крайне бедны, несамостоятельны, многие из них являются следствием простого подражания. Умственные понятия элементарные. Предпосылки интеллекта страдают грубо, хотя в некоторых случаях встречается удовлетворительная механическая память. Сохраняется способность к формированию элементарной устной речи, однако словарный запас резко ограничен и достигает

всего 150-200 слов. Речь косноязычна, для нее характерны аграмматизмы, дефекты произношения. Обучение больных невозможно, поскольку они способны лишь к усвоению элементарных навыков самообслуживания и элементарных видов труда на основе способности к образованию автоматизированных навыков и умений. Склонны к асоциальным действиям и алкоголизации. Социальная адаптация резко снижена, требуют постоянного наблюдения.

*Идиотия* – наиболее глубокая степень олигофрении (IQ < 20), характеризующаяся полным отсутствием всех видов понятийного мышления, с частичным сохранением наглядно-действенного. При этом уменьшается объем реагирования, который в основном ограничивается рамками физиологических потребностей. Ощущения сохраняются, но восприятия неполноценны из-за резкого нарушения внимания и невозможности проведения необходимых умственных операций. Речепроизводство и речепонимание фактически отсутствуют. Словарный запас составляет 15-20 слов. Возможно произнесение нечленораздельных звуков и отдельных слов в порядке подражания. Больной воспринимает интонацию, когда с ним говорят. Деятельность крайне стереотипна и ограничена либо инстинктивными автоматизированными актами, либо непосредственными элементарными двигательными реакциями на раздражители, являющиеся биологически значимыми. Навыки самообслуживания отсутствуют, психическая жизнь больных ограничивается удовлетворением простейших жизненных потребностей (вегетативное существование). У больных могут наблюдаться примитивные эмоциональные реакции (плач, крик), иногда агрессивность.

Слабоумие при идиотии нередко сочетается с дефектами внутренних органов и внешними аномалиями (лица, конечностей и т.п.). Вследствие общей неполноценности больные редко доживают до зрелости, а различные соматические заболевания и инфекции приводят таких больных к преждевременной смерти.

Дебильность, имбецильность и идиотия встречаются при генетической патологии, внутриутробном повреждении головного мозга в результате гипоксии, травм, инфекций, интоксика-

ций у матери. К олигофрении может привести и перинатальная патология (родовые асфиксия, травма, инфекция), а также постнатальные вредности, действовавшие на мозг до трехлетнего возраста (менингиты, энцефалиты, интоксикации, травмы).

**Приобретенное слабоумие (деменция)** – стойкое малообратимое снижение преимущественно интеллектуальной деятельности, которая связана с патологией головного мозга, возникшей после трехлетнего возраста. Слабоумие по своей природе всегда необратимо, так как является отражением органического повреждения головного мозга. Оно бывает связано с нарушением предпосылок интеллекта, собственно интеллекта, психического «инвентаря» и экстраинтеллектуальных процессов (эмоционально-волевая сфера).

Признаками деменции являются утрата накопленных знаний, снижение продуктивности психической деятельности, изменения личности, достигающие иногда степени, при которой больные становятся не способными к самообслуживанию, удовлетворению своих первичных потребностей.

По особенностям клинических проявлений, структуре и глубине поражения интеллекта деменция делится на тотальную и лакунарную.

*Тотальная* деменция характеризуется стойким снижением всех интеллектуальных функций и познавательных процессов, слабостью суждений, глубоким нарушением критики к своему состоянию или полным ее отсутствием. Расстройства мышления проявляются в невозможности образования логических связей, абстрагирования. Резко снижается доступный больному уровень обобщения понятий, выявляется слабость суждений. Постепенно нарастает расстройство как кратковременной, так и долговременной памяти, нарушается активное внимание. Больные не способны сосредоточиться на задаваемых вопросах. Снижение высших нравственных чувств обнажает и делает бесконтрольными низшие, инстинктивные эмоции. Преобладает безразличие или беспечность. Очень быстро больные теряют критику к своему состоянию, суждения и поступки становятся нелепыми. Быстро утрачиваются прежние индивидуальные психические особенности, ценностные установки, навыки поведения (распад «ядра личности»).

Тотальное слабоумие характерно для грубоорганических процессов, при которых поражается преимущественно кора головного мозга. Оно может наблюдаться при дегенеративных заболеваниях (болезни Альцгеймера, Пика, старческое слабоумие), сифилисе головного мозга и прогрессирующем параличе. В некоторых случаях к аналогичному исходу приводит локальный патологический процесс, например, при травмах, опухолях мозга.

*Частичная (лакунарная, дисмнестическая)* деменция характеризуется нарушением лишь отдельных сторон познавательной деятельности, в первую очередь памяти. Это существенно затрудняет способность к усвоению новых знаний, однако приобретенные профессиональные навыки и поведенческие стереотипы могут сохраняться у таких больных достаточно долго. По этой причине они, обычно легко справляясь с повседневными домашними делами, нередко производят впечатление сохранных. Характерно наличие критического отношения к своему состоянию – пациенты пытаются записывать наиболее важную информацию, пользуются шпаргалками, стесняются своей несамостоятельности. Эмоциональные изменения при лакунарной деменции характеризуются лабильностью, повышенной слезливостью, сентиментальностью. У больных преобладает пониженное настроение с чувством бесполезности. В целом изменения характера не затрагивают его основных, наиболее существенных свойств, в этом смысле говорят о сохранности «ядра личности». Однако все же отмечается некоторое заострение, «шаржирование» имеющихся у больных характерологических черт (например, бережливые становятся скардными, недоверчивые – подозрительными).

Данный тип деменции наиболее свойственен для сосудистых заболеваний головного мозга (церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь), но может встречаться и при других заболеваниях.

Среди приобретенного слабоумия выделяют также шизофреническое и эпилептическое слабоумие.

*Шизофреническое* слабоумие, называемое еще апатическим или атактическим, характеризуется интеллектуальной бездеятельностью, безынициативностью, в то время как предпосылки к умственной деятельности еще длительное время могут сохра-

няться. Именно поэтому интеллект таких больных сравнивают со шкафом, полным книг, которыми никто не пользуется, или с музыкальным инструментом, закрытым на ключ и никогда не открываемым.

*Эпилептическое (концентрическое)* слабоумие. Характерной особенностью данного типа деменции является постепенно нарастающая концентрация интересов больного на собственной личности и потребностях телесной жизни, эгоцентричность установок. Мышление больных становится вязким, непродуктивным, патологически обстоятельным, ригидным, больной никак не может выразить свою мысль (эпилептическое мышление называют иногда лабиринтным). Способность к обобщению, абстрагированию снижается. Характерно также сужение круга интересов, концентрация внимания исключительно на своем состоянии (концентрическое слабоумие). Оно концентрируется на обслуживании сугубо личных, эгоистических интересов больного. За пределами этого круга и чем дальше от его центра, тем большую интеллектуальную беспомощность проявляют больные, что необратимо выключает их из социальной жизни и сферы общественных отношений. Расстройства памяти носят избирательный характер, больные обычно хорошо запоминают события и факты, имеющие для них особое значение (названия принимаемых лекарств, размер пенсии, имена врачей и т.п.), однако совершенно не помнят того, что не касается их непосредственно. Личностные изменения характеризуются педантичностью, слащавостью, склонностью к лицемерному подобострастию в сочетании с деспотичностью и подчас агрессивным эгоцентризмом.

Этот вид приобретенного слабоумия, по сути, является одной из разновидностей органического и чаще всего наблюдается на заключительных этапах эпилептической болезни.

Самой тяжелой разновидностью слабоумия является *марзм*. Это понятие включает крайнюю степень не только психической, но и физической деградации, что проявляется в угасании базисных инстинктов (пищевого, самосохранения). Больные становятся абсолютно беспомощными, нуждаются в постоянном уходе (кормлении, санации пролежней), качество которого оп-

ределяет продолжительность их жизни. Маразм наблюдается в завершающих стадиях болезней Альцгеймера, Пика, старческого слабоумия, нейросифилиса.

Наряду с выраженными формами слабоумия существуют легкие формы ослабления психической деятельности. Их определяют понятием «снижение уровня личности». В этих случаях происходит снижение работоспособности, в первую очередь касающееся профессии, появляется стойкая утомляемость, иногда ухудшается память, исчезает круг прежних интересов. Одни личностные черты могут сглаживаться, другие, напротив, заметно усиливаться, однако прежняя индивидуальность в целом сохраняется в достаточной мере. Снижение уровня личности происходит без динамики или постепенно сменяется симптомами слабоумия.

К интегративной функции интеллекта, которую необходимо учитывать при оценке уровня снижения познавательных функций у больного, относится *критичность* – способность понимать реальную причину и правильно оценивать ситуацию.

При полной сохранности критичности правильная оценка ситуации и своего состояния позволяет выбирать правильное решение. Соответственно, утрата или снижение критических способностей, которые сопровождаются также нарушением самооценки, приводят к неспособности правильно оценить ситуацию, свое место в ней, собственное заболевание, его причины и проявления и, самое главное, лишают больного возможности действовать адекватно ситуации.

Нарушение критичности как нарушение подконтрольности поведения может проявляться в виде нецеленаправленности действий, расторможенности поведения, нецеленаправленности суждений, отсутствии возможности сравнивать свои действия с ожидаемыми результатами, нарушении прогноза своих поступков, утрате способности замечать и исправлять свои ошибки. При большинстве тяжелых психических расстройств эта функция резко нарушается. Собственно, из-за утраты способности осознавать собственные патологические переживания, ощущения как болезненные, поведение больного меняется, оно становится подчиненным имеющимся расстройствам, а реальная обстанов-

ка трактуется в соответствии с патологическими нарушениями. В некоторых случаях может сохраниться частичная критика (критичность), когда отдельные свои действия или переживания пациент считает связанными с болезненным состоянием, а другие оценивает как события или ощущения, происходящие реально и не являющиеся проявлениями болезни.

### **2.7. Функции и свойства эмоций. Основные формы эмоциональных переживаний. Нарушения эмоций**

*Эмоции* – это психический процесс субъективного отражения наиболее общего отношения человека к предметам и явлениям действительности, другим людям и самому себе относительно удовлетворения или неудовлетворения его потребностей, целей и намерений. Если процесс удовлетворения потребностей протекает благоприятно, то человек испытывает положительные эмоции, и, напротив, отрицательные эмоции возникают в ответ на неудовлетворение потребностей или отсутствие нужного результата собственного действия.

Эмоции, как и ощущения, восприятие или мышление являются одной из форм отражения сознанием реального мира. Однако эмоции отражают предметы и явления не сами по себе, а в их отношении к субъекту, их значимости для его потребностей и мотивов деятельности. Эмоции обусловлены, с одной стороны, внутренними потребностями и мотивацией, а с другой – особенностями внешней ситуации. Они устанавливают связь и взаимоотношения между этими двумя рядами событий, сигнализируя субъекту о возможности или невозможности удовлетворения его потребностей в данных условиях.

Все составляющие эмоциональной сферы человека, какими бы разными они ни казались, неотделимы от личности. Они прежде всего связаны с потребностями, мотивами и отражают состояние, процесс и результат их удовлетворения. По отношению к личности все эмоциональные проявления возникают в трех основных видах:

– острые эмоциональные реакции на внезапные обстоятельства (гнев, радость, тоска, страх);

– эмоциональные состояния с изменениями нервно-психического тонуса (состояния эйфории и депрессии, страха и тревоги, гнева и тоски, фрустрационные и другие состояния);

– эмоциональные отношения, положительные или отрицательные, к тому или иному объекту (чувства любви, привязанности, страсти, вражды, неприязни, ненависти и др.).

Существуют и внешние выражения эмоций в виде особых телесных проявлений: мимика (выразительные движения мышц лица), пантомимика (выразительные движения конечностей, изменения положения тела в пространстве), вокальная «мимика» (изменения тона голоса), вегетативные реакции (изменения пульса, тонуса сосудов и мышц, дыхания, потоотделения и других вегетативных функций), а также биохимические сдвиги в организме (выделение в кровь адреналина, глюкозы и других биологически активных веществ).

К основным свойствам эмоций относят:

1. Субъективный характер эмоций выражается в том, что одно и то же событие может вызывать у разных людей различные, а порой и противоположные эмоции. Поскольку эмоции субъективны, единственный способ ознакомиться с ними – спросить у человека, что он испытывает.

2. Полярность эмоций демонстрирует процесс удовлетворения или неудовлетворения потребностей. Все эмоции обладают положительным или отрицательным знаком: удовольствие – неудовольствие, веселье – грусть, радость – печаль.

3. Фазность эмоций характеризует эмоции в их динамике с количественной стороны. Замечено, что в пределах одного и того же эмоционального состояния (одной модальности) отчетливо обнаруживаются колебания его интенсивности по типу напряжения – разрядки и возбуждения – успокоения.

Эмоции имеют длительную историю филогенетического развития, в ходе которого они стали выполнять целый ряд специфических функций. Основными из них являются регулятивная (гомеостаза и поведения) и коммуникативная функции.

Филогенетически наиболее древней является гомеостатическая функция эмоций, которая связана с необходимостью поддержания постоянства внутренней среды организма. Малейшие изменения гомеостаза улавливаются эмоциогенными подкорко-

выми структурами мозга и отражаются в эмоциональной сфере в виде различных витальных эмоций, например голода или жажды, что способствует поиску необходимого и устранению дисбаланса.

Витальные эмоции тесно связаны с инстинктами и являются разновидностью «низших» элементарных (таламических, про-топатических) эмоций, которые сопровождают ощущения. Это переживания типа удовольствия при ощущении сладкого или неудовольствия при ощущении горечи во рту. Подкорковые таламические эмоции существенно отличаются от корковых реактивных эмоций, которые переживаются как реакция на осознание неблагополучия, и корковых «высших», эпикритических эмоций, т.е. нравственных и интеллектуальных чувств.

В процессе эволюции постепенно происходило формирование и закрепление наиболее целесообразных, способствующих выживанию регуляторных взаимосвязей определенных эмоций с теми или иными адаптивными физиологическими сдвигами в организме. Например, при угрозе жизни возникает страх с активной одновременной подготовкой организма к борьбе или бегству. При этом происходит целесообразное для жизнеобеспечения перераспределение крови: усиливается ее приток к мышцам, сердцу, легким и мозгу, а сосуды кожи и брюшной полости сужаются. Животное при этом принимает различные защитно-устрашающие позы – оскал зубов, поднятие шерсти дыбом и др. Различные эмоции по-разному внешне выражаются и по-разному влияют на деятельность отдельных внутренних органов. В таких случаях обычно говорят, что каждое эмоциональное состояние имеет свое телесное (вегетативное) «сопровождение».

У человека все эти реакции, несмотря на то, что они во многом уже утратили свою целесообразность, все еще сохраняются в редуцированном виде. В связи с этим излишняя интенсивность и длительность переживаний, создавая дополнительные нагрузки на соответствующие функциональные системы организма, может способствовать возникновению в них болезненных изменений. Так, еще М.И. Аствацатуров (1932) отмечал, что сердце чаще «поражается» страхом, печень – гневом, а желудок – апатией и подавленным настроением. В то же время

все особенности функционирования внутренних органов организма и различные болезненные изменения в них влияют на психоэмоциональное состояние человека, составляя важный компонент его так называемого общего чувственного тона, т.е. своеобразной эмоциональной окраски любой психической деятельности – ощущений, восприятия или мышления. В обеспечении оптимального чувственного тона особенно велика роль сохранности эмоциогенных структур мозга (таламуса, лимбической системы и др.). При их повреждении оттенок всех эмоциональных состояний приобретает болезненно «витальный», протопатический характер. Чувственный тон также включает аккумулярованное отражение наиболее общих и часто встречающихся признаков полезных и вредных факторов внешней среды. Благодаря своей обобщенности, он помогает принять предварительное, но зато быстрое решение о значении нового раздражителя.

Замечено, что некоторые цвета, звуки или запахи могут сами по себе, независимо от их значения для человека, вызывать у него приятное или неприятное чувство. Чувственный тон часто носит и сугубо субъективную окраску: если для одного человека книга интересна, собеседник приятен, а кинокомедия веселая, то у другого человека все это может вызывать противоположные чувства. Чувственный тон зависит и от того, как протекает деятельность. Постоянно проигрывающий партнер по игре кажется нам более симпатичным, чем тот, который все время у нас выигрывает.

Несмотря на свою внешнюю незначительность, знание и целенаправленное использование чувственного тона позволяет воздействовать на настроение человека и таким образом улучшать производительность труда на производстве или обеспечить более комфортное лечение в больнице (соответствующая окраска стен, оформление помещений, музыкальный фон и прочие компоненты внешней среды).

Эмоциональная регуляция поведения совершается как через эмоциональное отражение и оценку текущих событий, так и через актуализацию прошлого индивидуального опыта.

Эмоции позволяют определить полезность или вредность воздействующих факторов прежде, чем будет определено само

вредное воздействие. Они являются тем языком, той системой сигналов, посредством которых субъект узнает о значимости происходящего. Из этой оценки следует и побуждение к действию. Например, при переходе улицы человек может испытывать страх разной степени в зависимости от дорожной ситуации. Именно усиление страха перед приближающейся машиной побуждает его ускорить свое движение через дорогу.

Эмоции также могут организовывать деятельность, направлять силы и внимание человека на определенный предмет. Наиболее продуктивной деятельностью бывает при умеренном, оптимальном уровне возбуждения. Дезорганизация деятельности может наступить при чрезмерном эмоциональном возбуждении за счет переключения на так называемое «аварийное поведение» (бегство, агрессия, оцепенение).

Регулирующая функция эмоций заключается также и в том, что соответствующее эмоциональное подкрепление способствует закреплению нужных реакций, что играет важную роль в процессах научения. Прошлый эмоциональный опыт человека оказывает большое влияние на поведение. Сильное эмоциональное переживание способствует соединению, синтезу и сохранению всех событий и обстоятельств его возникновения, образуя в памяти прочный эмоциональный комплекс. Актуализация любого из его элементов ведет, часто против воли субъекта, к воспроизведению в сознании и всех других элементов комплекса с соответствующей коррекцией актуального поведения.

Одной из важнейших функций эмоций является коммуникативная. В эволюции эмоционально-выразительные движения (специфические изменения в пантомимике, мимике, тоне голоса), внешние вегетативные проявления эмоций (побледнение, покраснение и др.) развивались и закреплялись и как средства оповещения во внутривидовом и межвидовом общении. У человека эта сигнально-экспрессивная функция эмоций не потеряла своего значения, обеспечивая ему невербальную коммуникацию.

Эмоционально-выразительные движения указывают на внутреннее состояние говорящего и его отношение к тому, что в данный момент происходит. Они могут также оказывать опре-

деленное воздействие и на того, кто является субъектом восприятия эмоционально-выразительных движений. Следует, однако, отметить, что не все проявления чувств одинаково легко распознаются. Легче всего узнается ужас (57% испытуемых), затем отвращение (48%) и удивление (34%). Наибольшую информативность о переживаемых человеком чувствах несет выражение его рта.

Наиболее часто в эмоциональной сфере выделяют следующие основные формы эмоциональных переживаний: собственно эмоции, аффекты, чувства, настроение, стресс и фрустрация.

*Эмоция (собственно эмоция в узком смысле)* – это непосредственное, временное эмоциональное переживание какого-либо отношения человека к различным внешним или внутренним событиям. Эмоция, так же как и аффект, возникает как реакция на ситуацию, но в отличие от аффекта она более длительна и менее интенсивна. Если аффект – буря, то обычная эмоция – это душевное волнение. Эмоция возникает как реакция не только на совершившиеся события, но и на вероятностные или вспоминаемые. Если аффекты отражают суммарную итоговую оценку ситуации, то эмоции более смещены к началу действия и превосходят его результат. В этом смысле они носят опережающий характер, обобщая оценку ситуации, связанной с удовлетворением потребности.

Кроме положительных и отрицательных эмоций, отражающих процесс удовлетворения потребностей, были выделены стенические и астенические эмоции (И. Кант). Если стенические эмоции стимулируют деятельность, увеличивают энергию и напряжение человека, побуждают его к поступкам и высказываниям, то астенические эмоции обуславливают пониженную активность, неуверенность, сомнения и бездеятельность.

Все эмоции человека можно различать и классифицировать также по модальности, т.е. качеству переживания. Наиболее ярко этот аспект эмоциональной жизни человека представлен в теории дифференциальных эмоций американского психолога К. Изарда (1980). Он выделил десять качественно различных «фундаментальных» эмоций: интерес – возбуждение, радость, удивление, горе – страдание, гнев – ярость, отвращение – омерзение, презрение – пренебрежение, страх – ужас, стыд – застен-

чивость, вина – раскаяние. Первые три эмоции К. Изард относит к положительным, остальные семь – к отрицательным. Каждая из фундаментальных эмоций лежит в основе целого спектра состояний, различающихся по степени выраженности. Например, в рамках такой одномодальной эмоции, как радость, можно выделить радость – удовлетворение, радость – восторг, радость – ликование, радость – экстаз и др. Из соединения фундаментальных эмоций возникают и другие, более сложные комплексные, эмоциональные состояния. Например, тревожность может сочетать в себе страх, гнев, вину и интерес.

Приведем краткую характеристику выделенных К. Изардом фундаментальных эмоций.

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

*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.

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

*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.

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

*Отвращение* – отрицательное эмоциональное состояние, вызываемое объектами (предметами, людьми, обстоятельствами), соприкосновение с которыми (физическое или коммуникативное) вступает в резкое противоречие с эстетическими, нрав-

ственными или идеологическими принципами и установками субъекта.

*Презрение* – отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в межличностных отношениях и порожаемое рассогласованием жизненных позиций, взглядов и поведения субъекта с таковыми объекта чувства.

*Страх* – отрицательное эмоциональное состояние, появляющееся при получении субъектом информации о возможном ущербе для его жизненного благополучия, 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).

*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.

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

*Аффект* – сильная, бурная, но относительно кратковременная эмоциональная реакция на внешний стимул, которая полностью захватывает психику человека и предопределяет единую глобальную реакцию на ситуацию. Порой сам запускающий стимул и реакция на него осознаются недостаточно, что является одной из причин возможной неуправляемости аффектом. Он быстро овладевает человеком и характеризуется утратой самообладания, нарушением контроля за действиями, а также изменениями всей жизнедеятельности организма.

Формами проявления аффекта могут быть ярость, ужас и другие эмоциональные переживания. Перенесенный аффект может надолго фиксироваться в сознании – его следы могут актуализироваться при определенных условиях, усиливаться и проявляться порой в еще более острой форме (эффекты «накопления» и «разрядки»).

**Чувства (высшие эмоции)** – особые психические состояния, проявляющиеся социально обусловленными переживаниями, которые выражают длительные и устойчивые эмоциональные отношения человека к реальным или воображаемым объектам. Их часто обозначают как вторичные эмоции, поскольку они сформировались как своеобразное обобщение соответствующих простых (первичных) эмоций к объекту чувства.

Выражаются чувства также через эмоции, но не постоянно, а временами, в соответствии с ситуацией. Причем конкретные эмоции как формы переживания определенного чувства могут быть разнообразными. Например, любящая мать может испытывать ситуативную эмоцию гнева, столкнувшись с возмущившим ее поступком сына, однако по истечении времени любовь к сыну возьмет свое, и этот поступок забудется. Потребовалось бы множество его проступков, чтобы отрицательные эмоции накопились и сделали возможным перерождение чувства любви к сыну, а тем более переход его в противоположное чувство.

Вторичные эмоции значительно разнообразнее, чем первичные. В связи с этим при попытке их классификации у человека, единственного существа, которое осознает большинство своих чувств, создаются почти непреодолимые трудности из-за субъективного разнообразия их трактовок в словесном выражении. Однако чувства человека всегда предметны. Их классифицируют в зависимости от предметной сферы, к которой они относятся. Выделяют моральные, интеллектуальные и практические чувства.

*Моральные* (нравственно-этические) *чувства* – это переживания, которые возникают при восприятии и оценке действий, поступков или психических особенностей людей (включая себя) с позиций норм и принципов общественной морали. Близкими к ним являются эстетические чувства – переживания прекрасного или безобразного в окружающем нас мире.

*Интеллектуальные чувства* – это переживания, сопровождающие умственную деятельность. К неспецифическим интеллектуальным чувствам относятся переживания, которые бывают не только при умственной деятельности: любопытство, удивление, уверенность, сомнение, чувство нового, чувство иронии и юмора. Специфические интеллектуальные чувства

порождаются исключительно процессом интеллектуальной деятельности (чувство первооткрывателя истины («эврика»), чувство ясности, отчетливости, стройности и логичности формулировок решения).

*Практические чувства* – это чувства, сопровождающие все сферы практической деятельности людей: труд, учение, спорт или игры.

*Настроение* – достаточно продолжительный эмоциональный процесс невысокой интенсивности, образующий эмоциональный фон для протекающих психических процессов и выражающий отношение человека к его жизненной ситуации в целом. Настроения принято отличать от аффектов, чувств и эмоций. По эмоциональному тону оно может быть равным (эйтимическим), пониженным (гипотимическим), повышенным (гипертимическим), тревожным и др. Настроение также может выступать в качестве чётко идентифицируемых состояний: скука, тревога, страх, печаль, тоска, или же увлечённость, восторг, радость и пр.).

Обычно настроение отличается устойчивостью и продолжительностью во времени, а также невысокой интенсивностью. В противном случае это может быть симптомом расстройства настроения.

Специалисты разграничивают понятия «настроение» и «чувство», «аффект», «эмоция»:

– в отличие от чувств настроения не имеют объектной привязки: они возникают не по отношению к кому или чему-либо, а по отношению к жизненной ситуации в целом. В связи с этим настроения в отличие от чувств не могут быть амбивалентными;

– в отличие от аффектов настроения могут практически не иметь внешних проявлений, они значительно продолжительнее по времени и слабее по силе;

– в отличие от эмоций настроения продолжительны во времени и обладают меньшей интенсивностью.

С момента появления на свет и до конца своих дней человек, как и любое другое живое существо, стремится приспособиться к условиям окружающего мира, которые постоянно меняются, а потому представляют угрозу нарушения его равновесия. Для того чтобы приспособиться, справиться с той или иной

ситуацией, преодолеть трудности, организм мобилизует свои силы, внутренние резервы, достигая определенного уровня напряжения.

*Стресс* – это процесс приспособления к обстоятельствам, которые нарушают или представляют угрозу нарушения равновесия организма, или совокупность неспецифических адаптационных (нормальных) реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов-стрессоров (физических или психологических), нарушающая его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы или организма в целом. В медицине и психологии выделяют два типа стресса – эустресс (стресс, вызванный положительными эмоциями, не-сильный стресс, мобилирующий организм) и дистресс (негативный тип стресса, результат критического перенапряжения, он препятствует развитию человека и провоцирует ухудшение здоровья.).

Небольшой стресс, или оптимальный уровень напряжения, необходим для деятельности человека, преодоления возникающих препятствий, стоящих на пути к цели. Этот мобилирующий, энергезирующий организм стресс делает человека активным, готовым к действиям, увеличивая силу и скорость его физических и психических реакций, обостряя внимание, память, мышление и т. д. Поэтому стресс является неизбежным спутником жизни, одним из ее аспектов. Более того, жизнь, бедная стрессами, лишенная ярких переживаний, интересных, захватывающих событий, сама становится разрушительным стрессом.

Стресс рассматривают как процесс, составляющими которого являются стрессовые ситуации (стрессоры), реакции человека на эти ситуации и промежуточные факторы (посредники стресса), которые усиливают или уменьшают воздействие стрессовых ситуаций.

*Стрессоры* – неблагоприятные, значительные по силе и продолжительности внешние и внутренние воздействия, ведущие к возникновению стрессовых состояний. Многие стрессоры представляют собой физическую нагрузку на организм, например, тяжелая физическая работа, голодание, недосыпание, высокая температура воздуха, инфекция и т.п. Однако более важными в жизни людей являются психические стрессоры – информа-

ционные и эмоциональные, к ним можно отнести опасность, угрозу, обман, информационные перегрузки, фрустрацию, травму, конфликты, жизненные перемены и т.п. Большинство стрессоров включают и физический, и психический компоненты.

*Стрессовые реакции* – это физиологические, эмоциональные и поведенческие реакции на стрессоры. То, как человек реагирует на стрессоры, в значительной степени зависит от обстоятельств, в которых они действуют, а также от физических и психологических характеристик самого человека. К физиологическим реакциям на стресс можно отнести возбуждение вегетативной нервной системы, выброс гормонов, нейрохимические изменения и т.п., к эмоциональным – раздражение, гнев, тревога, страх, печаль и др. Поведенческие реакции – это попытки справиться со стрессом, также могут быть как конструктивными (адаптивными), так и деструктивными.

Виды реагирования на травмирующий фактор сугубо индивидуальны и зависят от особенностей личности. Рассмотрим типичное реагирование на стресс людей с определенным темпераментом.

Люди со слабой нервной системой, меланхолическим темпераментом при стрессовых событиях испытывают тревогу, невротическую тревожность, сильный испуг. Они склонны к самообвинению и паническим настроениям, часто у них нет сил на борьбу. Во многих случаях начинаются бессонница, проблемы со сном.

Холерический тип личности выдает следующий набор реакций: гнев, протест, агрессивность. Гневные чувства порождают развитие язвы желудка, гипертонии.

Флегматический тип темперамента в напряженных ситуациях сохраняет самообладание, подавляет эмоции, игнорирует проблему. Стресс-факторы у флегматиков замедляют мыслительную деятельность, приводят к вялости, пересыпанию и перееданию.

Люди с преобладанием сангвинического темперамента реагируют на стресс с оптимизмом, могут протестовать, но всегда уверены в собственной ценности. Сангвиники обладают сильной нервной системой, поэтому легко справляются с отрицательной эмоциональной нагрузкой.

К посредникам стресса относятся:

- способность к прогнозированию (если человек знает о предстоящем неприятном событии, то он легче переносит его);
- контроль (стрессоры оказывают меньшее воздействие на людей, если они контролируют их);
- когнитивная интерпретация (индивидуальное восприятие той или иной трудной ситуации, неприятного события);
- социальная поддержка (помощь и поддержка в трудные моменты жизни со стороны близких, друзей и знакомых);
- навыки преодоления стресса (опыт преодоления стрессовых ситуаций).

Подробнее остановимся на конфликтах как важном источнике стресса. Конфликты могут быть межличностными (ссоры между людьми, оскорбления, драки) и внутриличностными (мотивационными), при которых в противоречие вступают различные мотивы. Если бы мотивация людей всегда была ясной и простой, то поведение человека можно было бы относительно легко понять. Однако мотивация человеческих поступков подчас столь неясна и сложна, что поведение людей иногда кажется бессмысленным даже для них самих: здоровый и любимый ребенок богатых родителей совершает попытку самоубийства, бывшая жена алкоголика снова выходит замуж за алкоголика, преуспевающий менеджер вдруг бросает престижную работу и семью ради свободной жизни. Иногда подобные действия являются реакциями на стресс, а стресс в свою очередь часто отражает конфликтующие мотивы. Чтобы понимать поведение человека, надо всегда помнить, что человек может руководствоваться сразу несколькими мотивами, провоцируя тем самым стресс. Н. Миллер определил четыре типа мотивационных конфликтов, каждый из которых может играть роль в возникновении стресса:

1. Конфликт приближения – приближения: человек стремится достичь двух желаемых целей, которые не могут быть достигнуты одновременно. Например, выбор из двух фильмов для просмотра или выбор между поступлением в престижный институт или получение доходного места. Конфликты приближения – приближения обычно решаются относительно легко.

2. Конфликт избежания – избежания: человек оказывается перед лицом двух неприятных ситуаций, и избежание одной ситуации приводит к столкновению с другой. Например, женщина с нежелательной беременностью может по моральным соображениям противиться аборту – в этом случае нежелательным является и рождение ребенка, и прерывание беременности. Конфликты избежания – избежания очень трудно разрешимы, они создают сильное эмоциональное напряжение.

3. Конфликт приближения – избежания: это ситуация, при которой одно событие или деятельность несут в себе и привлекающие, и отталкивающие черты. Достижение желаемого в то же время приводит к подверженности нежелаемому, избежание же нежелаемого сопряжено с отказом от желаемого. Например, дилемма студента, которому предлагают незаконно добытую копию заданий выпускного экзамена – обман вызовет чувство вины и унижение собственного достоинства, но в то же время обеспечит хорошую оценку. Конфликты приближения – избежания очень трудно разрешимы.

4. Множественный конфликт приближения – избежания: человеку нужно выбрать между двумя работами: одна престижна, сулит высокую зарплату, но сопряжена с более длительным рабочим днем и переездом в местность с неблагоприятным климатом; другая предлагает большие возможности для продвижения, лучшие климатические условия, но низкую заработную плату и неопределенную длительность рабочего дня. Множественный конфликт приближения – избежания – это ситуация, при которой необходимо сделать выбор между несколькими альтернативами, каждая из которых имеет и позитивные, и негативные стороны. Это самый трудный конфликт для разрешения отчасти потому, что отдельные аспекты альтернатив трудно сравнивать, например, насколько хороший климат лучше неопределенной длительности рабочего дня или в какой степени шансы быстрого продвижения компенсируют низкую начальную заработную плату. Испытывая мотивационные конфликты, люди становятся напряженными, раздражительными и ранимыми в отношении других стрессоров. Даже после того, как конфликт разрешен, признаки стресса могут сохраняться в виде тревоги по поводу

правильности выбора или в связи с чувством вины из-за неправильного выбора.

Термин «фрустрация» гораздо лучше характеризует степень эмоционального напряжения. Под **фрустрацией** понимают психическое состояние, обусловленное невозможностью удовлетворения актуальных и доминирующих потребностей. Проявлениями фрустрации бывают различные отрицательные эмоции (досада, разочарование, тревога, раздражение, злоба, отчаяние).

Сила эмоций, вызванных фрустрацией, у каждого отдельного человека определяется тем, насколько актуальна та потребность, которая была блокирована. Так, интровертированный человек легко переносит отсутствие комфорта, порядка и признания со стороны окружающих, но очень болезненно относится к ситуациям, ограничивающим его самостоятельность (автономию). Возбудимый человек почти не нуждается в автономии и понимании происходящего (не обращается за разъяснениями), однако очень плохо переносит монотонное существование, так как сильно нуждается в переживаниях. Педантичный человек хорошо приспособлен к однообразной деятельности, но не переносит беспорядка и неопределенности. При оценке тяжести фрустрации также следует учитывать индивидуальную способность человека переносить лишения без негативных последствий для здоровья.

### **Нарушения эмоциональной сферы**

*Эйфория* – патологически повышенное, неадекватное раздражительно сверхрадостное настроение, когда человеку абсолютно все нравится, жизнь при этом кажется сплошной цепью беззаботных радостей и беспечных удовольствий, все проблемы, даже глобальные, вполне разрешимы. Все окружающее видится как бы через розовые очки в абсолютно радужных тонах, при этом отмечается непробиваемый оптимизм, даже отрицательные, а порой трагические моменты окружающей жизни воспринимаются исключительно положительно, сверхрадостно. За счет постоянного гипероптимизма больной неадекватно оценивает свое объективно тяжелое состояние. Так, например, эйфория может появиться в терминальной стадии некоторых злокачест-

венных опухолей, при очень многих психических и соматических заболеваниях.

*Мория* – немотивированное повышенное настроение с дурашливостью, расторможенностью влечений, плоскими, пошлыми шутками. Поведение таких больных несколько напоминает гебефреническое возбуждение, хотя и отличается от последнего отсутствием парамимии, эхολалии, эхопраксии. Нередко мория сопровождается легкой степенью оглушенности – обнубиляцией. Мория чаще всего встречается в неврологической практике у больных с органическим поражением лобных долей (так называемая лобная психика).

*Дистимия* – патологически пониженное, угнетенное настроение, возникающее без какой-либо причины. Больной смотрит на мир как бы через черные очки, окружающее воспринимается мрачным, бесперспективным, безысходно-пессимистическим. Больного ничто не радует, сама жизнь кажется ему лишеной всякого смысла, «кругами Дантова ада». Нередко именно дистимия является основной причиной суицидальных мыслей, намерений и попыток.

*Тревога* – это тоска, проецируемая в будущее, сильное душевное волнение, беспокойство, обусловленное беспричинным ожиданием крупной неприятности, катастрофы, которая произойдет с больным или с его самыми близкими родственниками. Тревога может быть ситуационно-обусловленной, связанной с конкретной, нередко преувеличенной жизненной ситуацией, и диффузной, так называемой свободно плавающей, не связанной с какими-то определенными фактами или событиями. Тревога обычно сопровождается выраженными вегетативными реакциями и часто двигательным возбуждением, она нередко тесно связана с депрессией и выступает в едином тревожно-депрессивном синдроме при многих психических и соматических расстройствах, особенно в инволюционном возрасте.

*Дисфория* – немотивированное тоскливо-злобное настроение с активным недовольством окружающими или реже собой и выраженным экстрапунитивным поведением. Отмечается крайне высокая раздражительность и аффект злобы, которые и объясняют выраженные внезапные беспричинные вспышки разрушительных действий и агрессии к окружающим. Если агрес-

сия по каким-либо причинам не может реализоваться вовне, она направляется на себя, выражаясь в членовредительстве или суицидальных действиях. Дисфория чаще всего отмечается при эпилепсии, органических заболеваниях мозга, некоторых формах расстройств личности, сосудистых и атрофических процессах головного мозга.

*Эмоциональная лабильность* (эмоциональная слабость, слабодушие) – это выраженная неустойчивость настроения: большой по незначительному поводу крайне легко переходит от плача к смеху и, наоборот, от умиления к гневу. Он не может без слез читать сентиментальный роман, смотреть старые довоенные или военные фильмы. В течение дня эмоции многократно меняют свою полярность. Слабодушие является обязательным симптомом при сосудистых заболеваниях головного мозга, оно встречается также при органических заболеваниях головного мозга и астениях различного генеза.

*Эмоциональная тупость* (эмоциональное оскудение) – постепенное обеднение тонких эмоциональных реакций, исчезновение эстетических, моральных, этических, интеллектуальных чувств. Больной теряет способность к сопереживанию, деликатность, проявляет грубую бесцеремонность, эмоциональную холодность, безразличие и безучастность к судьбе наиболее близких людей. Равнодушие не касается только низших эмоций, связанных с удовлетворением инстинктов, особенно пищевого. Такое эмоциональное нарушение типично главным образом для шизофрении.

*Неадекватность эмоций* – это несоответствие характера эмоций и вызвавшего их повода. Так, например, больной Ц. радостно засмеялся, когда ему сообщили о смерти единственного ребенка, добавив, что он достаточно молод и у него еще будет много детей. Тот же больной выразил бурный гнев по поводу замены его старых тапочек на новые. Неадекватность эмоциональных реакций особенно характерна для шизофрении.

*Патологический аффект* – бурная эмоциональная реакция гнева или ярости, возникающая в ответ на ничтожные раздражители и сопровождающаяся агрессивными действиями на раздражитель. Патологический аффект протекает стремительно на фоне помраченного сознания по типу сумеречного, по выходе из

которого отмечается полная амнезия пережитого. Это состояние может возникать при органических поражениях головного мозга, психопатиях, психогениях и некоторых других психических страданиях.

*Апатия* выражается в отсутствии всяких желаний и полном безразличии к окружающим и к себе. Больные не только теряют интерес к событиям внешнего мира (не читают, не смотрят телепередач, не слушают радио), но и совершенно безразличны к своему собственному состоянию, они становятся неряшливыми, неопрятными. Сохраняя в целом способность мыслить, они фактически теряют способность действовать. Апатия характерна для шизофрении и некоторых органических поражений головного мозга.

## **2.8. Личность, ее основные свойства. Нарушения личности**

*Личность* – понятие, выработанное для отображения социальной природы человека, рассмотрения его как субъекта социокультурной жизни, определения его как носителя индивидуального начала, самораскрывающегося в контексте социальных отношений, общения и предметной деятельности. Под личностью можно понимать и человеческого индивида как субъекта отношений и сознательной деятельности (лицо – в широком смысле слова), и устойчивую систему социально значимых черт, характеризующих индивида как члена того или иного общества или общности. Хотя эти два понятия – лицо как целостность человека и личность как его социальный и психологический облик – терминологически вполне различимы, иногда они употребляются как синонимы.

К устойчивым свойствам личности относятся темперамент, характер, способности, мотивация.

*Темперамент* – это характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т.е. темпа, ритма, интенсивности отдельных психических процессов и состояний.

В структуре темперамента можно выделить три главных компонента: общую активность индивида, его двигательные

проявления и эмоциональность. Свойства темперамента к числу собственно личностных качеств человека можно отнести только условно, и они, скорее, составляют индивидуальные его особенности, так как в основном они биологически обусловлены и являются врожденными. Темперамент оказывает существенное влияние на формирование характера и поведение человека, поэтому полностью отделить темперамент от личности нельзя. Темперамент является динамической стороной характера, его физиологической основой.

Родоначальниками учения о темпераментах были врачи Гиппократ (V в. до н.э.) и Клавдий Гален (II в. до н.э.). Они создали, в сущности, гуморальную теорию темперамента, научное объяснение которой с точки зрения высшей нервной деятельности дал И.П. Павлов.

Древнегреческий врач Гиппократ полагал, что у одних людей в теле преобладает желчь (chole), у других – больше всего крови (sanguinis), у третьих – особенно много слизи (phlegma) и, наконец, у четвертых – наибольшее количество черной желчи (melanos chole). Четыре из девяти выделенных Клавдием Галеном типов темперамента и в наше время рассматриваются как основные: холерик (бурный, порывистый, горячий и резкий), сангвиник (живой, подвижный, эмоциональный и отзывчивый), флегматик (спокойный, вяловатый, медлительный и устойчивый) и меланхолик (грустный, подавленный, робкий и нерешительный).

И.П. Павлов обратил внимание на зависимость темперамента от типа нервной системы. В ходе изучения трёх основных параметров процессов возбуждения и торможения (сила – слабость, подвижность – инертность, уравновешенность – неуравновешенность) И.П. Павлов установил, что из большого числа возможных их сочетаний в природе имеются четыре наиболее ярко выраженных типа нервной системы, из которых три сильных (безудержный, живой, спокойный) и один слабый. Их проявления в поведении И.П. Павлов поставил в прямую связь с античной классификацией темперамента. Сильный, уравновешенный, подвижный тип нервной системы рассматривался им как соответствующий темперамент сангвиника; сильный, уравновешенный, инертный – темперамент флегматика; сильный,

неуравновешенный – темперамент холерика; слабый – темперамент меланхолика. Кроме того, в зависимости от преобладания тех или иных сигнальных систем И.П. Павлов выделил три «истинно человеческих типа»: мыслительный (преобладает вторая сигнальная система), художественный (преобладает первая сигнальная система) и средний (уравновешенность сигнальных систем).

О силе нервной системы человека говорит его высокая работоспособность, достаточная степень сдержанности в выражении чувств, умение ждать и выслушивать других, инициатива и настойчивость в достижении цели, организаторские способности и стремление к руководству. О слабости нервной системы говорят противоположные свойства, т.е. повышенная утомляемость, недостаточная инициативность, отсутствие выносливости, как к психическим травмам, так и к физическому напряжению, внушаемость, плаксивость, боязливость, чувство неполноценности. Об уравновешенности нервных процессов свидетельствуют дисциплинированность, отсутствие склонности к раздражительности, колебаниям настроения и аффективным вспышкам. О неуравновешенности свидетельствуют неспособность к ожиданию и нарушения сна.

Критериями подвижности нервных процессов являются быстрое или медленное привыкание к новой обстановке и реакции на жизненные перемены, мыслительная подвижность и подвижность моторики и речевой артикуляции, быстрота засыпания и пробуждения, отсутствие затруднений при начале какого-либо дела и окончании его.

При классификации темпераментов нужно также учитывать индивидуальную склонность реагировать на ситуацию преимущественно одной из врожденных эмоций. Как показали исследования, человек со слабым типом нервной системы (меланхолик) особо склонен к реакции страха; с сильным (холерик) – к гневу и ярости, сангвиник – к положительным эмоциям, а флегматик вообще не склонен к бурному эмоциональному реагированию, несмотря на то, что тяготеет к положительным эмоциям.

Польский психолог Я. Стреляу (1982) описывает основные типы темперамента с учетом склонности к определенной эмоциональной реакции следующим образом.

Человек с сангвиническим темпераментом отличается повышенной реактивностью и активностью при их уравновешенности. Он живо и с большим возбуждением откликается на каждое событие, легко увлекается новым делом. Эмоции возникают и сменяются у него быстро, мимика и пантомимика живые и выразительные. По незначительному поводу он громко хохочет, а несущественный факт может сильно его рассердить. У него высокий порог чувствительности, поэтому он не замечает очень слабых звуков и световых раздражителей. Обладает повышенной активностью и в силу этого очень энергичен и работоспособен, мало утомляется. Реактивность и активность сбалансированы, поэтому его легко дисциплинировать, он без труда сдерживает свои реакции и чувства. Высокая пластичность позволяет ему легко приспосабливаться к новой обстановке и новым требованиям, быстрому переключению внимания, интересов и стремлений. У сангвиника высокий темп реакции. Это проявляется в общей подвижности, речи, быстроте ориентировки, сообразительности, гибкости мышления. Как правило, он в большей степени откликается на внешние впечатления, чем на субъективные образы и представления о прошлом и будущем, яркий экстраверт.

Как и сангвиник, холерик отличается малой чувствительностью, высокой реактивностью и активностью. Но у холерика реактивность явно преобладает над активностью, поэтому он необуздан, несдержан, вспыльчив, нетерпелив, порывист. Он менее пластичен и более инертен, чем сангвиник. Отсюда большая устойчивость стремлений и интересов, большая настойчивость, возможны затруднения в переключении внимания. Холерики, скорее, экстраверты.

Человек с флегматическим темпераментом отличается высокой активностью, значительно преобладающей над малой реактивностью. Только очень сильные впечатления могут вывести его из равновесия и заставить проявить свои переживания. Он обладает малой чувствительностью и эмоциональностью, его трудно рассмешить или опечалить. У флегматика чувства возникают медленно, но длительно сохраняются, аффектов не бывает, мимика и жесты однообразны, маловыразительны. Он не находчив, с трудом переключает внимание, привыкает к новой

обстановке и перестраивает навыки и привычки. Флегматики – интроверты. На внешние впечатления реагируют неярко, живут в мире своих образов, мыслей и переживаний. С новыми людьми сходятся с трудом, не любят компаний, не стремятся быть в центре внимания.

Человек с меланхолическим темпераментом с высокой чувствительностью и малой реактивностью. Повышенная чувствительность при большой инертности приводит к тому, что незначительный повод может вызвать у него слезы, обиду. Настроения у него возникают медленно, но устойчивы, отличаются глубиной и часто носят астенический характер. Мимика и движения его маловыразительны, голос тихий, движения бедные. Он не умеет и не любит работать быстро, без отдыха, легко утомляется. Обычно в себе не уверен, особенно в новой обстановке. В привычной обстановке может быть очень контактным, отличается тактичностью, считается с чувствами других людей. Ему присуще легко отвлекаемое и неустойчивое внимание, замедленный темп всех психических процессов.

Если темперамент обусловлен природно-наследственными особенностями функционирования центральной нервной системы человека, то характер – социальное приобретение. *Характер* – это совокупность (подсистема) устойчивых индивидуальных свойств (черт) личности, которая проявляется в типичных для данного человека способах поведения и определяет его отношение к окружающей действительности и самому себе.

Он формируется с раннего возраста в процессе воспитания, обучения и действия множества других социальных факторов его окружения.

Характер как совокупность особых примет (черт) человек приобретает, живя в обществе. Знание характера человека позволяет со значительной долей вероятности предвидеть его поведение и отношение к работе, окружающим людям, самому себе. Характерологическими являются не любые особенности (черты) личности, а только те, которые даже в различных жизненных ситуациях закономерно проявляются одинаковыми способами поведения и отношения к действительности. Характер складывается и проявляется в деятельности и общении и вклю-

чает в себя то, что придает своеобразие психическому облику человека.

Все черты характера одновременно являются и чертами личности. Однако понятие личности шире понятия характера. Индивидуально-психологические особенности, образующие характер человека, выражаются в отношениях личности к соответствующим типичным жизненным обстоятельствам. Если проявления темперамента относительно независимы от содержания и ситуации деятельности (формальны), то свойства характера проявляются лишь в соответствующих ситуациях.

Становление характера происходит в условиях включения личности в различные по уровню развития социальные группы (семья, дружеская компания, трудовой или учебный коллектив, асоциальная группа и т.д.). В зависимости от того, как осуществляется индивидуализация личности в референтной (значимой) для нее группе и каков уровень развития межличностных отношений в ней, у человека могут сформироваться такие черты характера, как открытость, прямота, принципиальность или скрытность, лживость, трусость, слабохарактерность. Характер обусловлен общественным бытием личности, усвоением социального опыта с формированием определенной системы отношений человека к действительности и самому себе. Типические черты характера определяются типическими обстоятельствами жизненного пути человека в конкретных исторических условиях.

Процесс формирования характера протекает незаметно. Есть мнение, что черты характера даются человеку от природы, являются врожденными. Однако хорошо известно, что даже в сходных условиях воспитания и обучения у детей могут формироваться разные характеры. Главными причинами того, что одни и те же воздействия на детей могут вызывать разный психологический эффект, являются различия в функционировании центральной нервной системы, особенности их темперамента. Также следует иметь в виду и то, что сходные жизненные условия (даже для детей в одной семье) – понятие весьма относительное. Например, психологические ситуации старшего и младшего братьев в семье совершенно различны, как и различен их жизненный путь в ближайшем социальном окружении. Изу-

чение однойцевых близнецов, у которых наследственный фонд анатомо-физиологических свойств идентичен, свидетельствует о ярко выраженной тождественности их темпераментов, но не характеров.

Характер – прижизненное приобретение личности, он аккумулирует в себе привычки человека и во многом является результатом самовоспитания. Каждый ответственен за все проявления своего характера, и каждый в состоянии заняться самовоспитанием. Даже темперамент не односторонне и тем более не фатально определяет путь развития специфических особенностей характера, темперамент сам в определенных пределах преобразуется под влиянием качеств характера. Развитие характера и темперамента в этом смысле является взаимообусловленным процессом.

Характер не является простой совокупностью, случайным набором изолированных черт. Он представляет собой сложное психическое образование, состоящее из системы многочисленных устойчивых свойств личности, которые выражают отношение человека к окружающему миру, труду, другим людям и самому себе. Эти отношения закреплены в привычных для человека формах поведения, деятельности и общения. Закономерные взаимосвязи между отдельными чертами характера выражают его структурность. Последняя позволяет предполагать у данного человека наличие ряда других черт, связанных с той, которая нам известна.

Структурность характера выражается также в определенной иерархичности его черт. Это значит, что среди черт характера некоторые являются основными, определяющими и ведущими, а другие – второстепенными, менее существенными. Основные, ведущие черты в той или иной степени определяют, оказывают влияние и подчиняют себе второстепенные, менее существенные, обуславливая их различную степень проявления в тех или иных ситуациях.

В системе отношений выражается содержание характера, его индивидуальное своеобразие. Структура характерологических отношений складывается в основном из отношений человека к своему делу и труду, окружающим людям (межличностные отношения), а также к самому себе. В отношении к своей

деятельности, труду могут проявляться такие черты характера, как трудолюбие или леность, аккуратность или небрежность, чувство нового или консерватизм, энтузиазм или формальное отношение к труду. В межличностных отношениях проявляются общительность или замкнутость человека, коллективизм или индивидуализм, вежливость или грубость, правдивость или лживость и т.д. В отношении человека к самому себе весьма показательны для характера высокая требовательность или самоуспокоенность, самокритичность или преувеличенное самомнение, скромность или высокомерие, чувство собственного достоинства или недооценка его.

Кроме названных выделяют также черты характера, относящиеся к особенностям познавательной, эмоциональной и волевой сфер человека. К познавательным чертам характера относят склад ума (теоретический или практический) и качества ума (аналитичность, критичность, гибкость и др.); к эмоциональным – страстность, сентиментальность, а также черты, основанные на моральных чувствах: патриотизм, гуманность и др.

В волевых чертах характера (целеустремленности, выдержке, настойчивости, смелости и др.) находит выражение отношение к препятствиям. Волевые черты нельзя оценить, не учитывая направленности личности. Они ценны только при условии морально воспитанной воли, направленной на достижение социально полезных целей. Волевые черты иногда называют «хребтом» характера, и в зависимости от их развития характер относят к сильному или слабому типу. Сильный характер у того человека, который всегда поступает сообразно своим убеждениям, последовательно ведет себя в различных, в том числе и трудных, условиях, проявляет настойчивость в достижении поставленных целей. Слабость характера проявляется непоследовательностью поведения, расхождением между словами и делами, боязнью трудностей.

Особое значение при оценке характера имеет выявление его устойчивости или неустойчивости. У человека с устойчивым характером длительное время сохраняются присущие ему отношения, убеждения, привычки и другие особенности. При неустойчивом характере взгляды, убеждения и отношения быстро меняются.

Системе отношений, составляющих структуру характера, в одних случаях присуще качество цельности, в других – противоречивости. Цельный (гармонический) характер у того человека, у которого отдельные мысли, чувства, взгляды, поступки согласуются, соответствуют его убеждениям. Убежденность определяет принципиальность поведения человека, уверенность в справедливости и важности дела, которому он отдает все свои силы. Противоречивый (дисгармоничный) характер отличается наличием несовместимых друг с другом взглядов и убеждений, целей и мотивов, стремлений, желаний и поступков. У человека с противоречивым характером нет прочной убежденности, его поведение и поступки определяются преимущественно узкими целями и мотивами.

Характер очень сложное образование. В реальной жизни в характерах людей наблюдается множество оттенков, переходов между различными полярными особенностями свойств характера, чем во многом и объясняется бесконечное разнообразие характеров, непохожесть людей друг на друга.

Чрезмерную выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, представляющую крайние варианты нормы, называют акцентуациями характера. *Акцентуации* – это заострение черт характера, которое наблюдается, как правило, в подростковом возрасте. В дальнейшем, по-видимому, происходит их сглаживание или компенсация, возможен также переход явных акцентуаций в скрытые. Вместе с тем, по данным К. Леонгарда, доля акцентуированных личностей во взрослом населении составляет примерно 50%. В нашей стране получила распространение классификация акцентуаций характера А.Е. Личко, в которой выделяются следующие типы акцентуаций: неустойчивый, конформный, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, астено-невротический, сенситивный, психастенический, гипертимный, циклоидный, лабильный и смешанные.

*Неустойчивый тип.* Главная черта – нежелание трудиться: ни работать, ни учиться, постоянная сильная тяга к развлечениям, удовольствию, праздности. При строгом и непрерывном контроле нехотя подчиняются, но всегда ищут случая отлынивать от любого труда. Важнейшей особенностью является слабый волевой компонент личности. Полное безволие обнаружи-

вается, когда дело касается исполнения обязанностей, долга, достижения целей. Со слабостью волевого компонента и недостаточной инициативностью связана и подчиненность в группе, компании. Контакты всегда поверхностны. Романтическая влюбленность не свойственна. К своему будущему равнодушны, планов не строят, живут настоящим. В связи со слабой волевой сферой безнадзорность быстро оказывает пагубное действие.

*Конформный тип.* Главная черта – конформность: ярко выраженное стремление быть «как все». Это стремление распространяется на все – от стремления одеваться как все до сильной зависимости суждений, позиций и поведения от окружения. Становятся целиком продуктом своего окружения: в «хорошей» среде старательно учатся и работают, в «плохой» – усваивают достаточно быстро ее обычаи, привычки, манеру поведения. Некритичны к восприятию групповых эталонов поведения, установок, ценностей и любой информации вообще. Наиболее успешно работают, когда не требуется личной инициативы. Плохо переносят ломку жизненного стереотипа, лишение привычного общества.

*Шизоидный тип.* Главные черты – замкнутость и недостаток чувствительности в процессе общения. Быстрая истощаемость в контакте побуждает к еще большему уходу в себя. Недостаток чувствительности проявляется в неумении понять чужие переживания, низкой эмпатии (способности к сопереживанию), неумении понять желания и мысли партнера. Увлечения отличаются силой, постоянством и нередко необычностью. Богатые эротические фантазии сочетаются с внешней, часто подчеркиваемой, асексуальностью. Труднее всего переносят ситуации, где нужно установить неформальные эмоциональные контакты, а также вторжение посторонних во внутренний мир.

*Эпилептоидный тип.* Главная черта – склонность к состояниям злобно-тоскливого настроения с постоянно нарастающим раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы сорвать зло. Характерна аффективная взрывчатость. Аффекты не только сильны, но и продолжительны. Любовь почти всегда окрашена ревностью. Лидерство проявляется стремлением властвовать над сверстниками. Хорошо адаптируются в условиях строгого дисциплинарного режима, где высокой показной ис-

полнительностью перед начальством стремятся завладеть положением, дающим власть над другими подростками. Свойственны мелочная аккуратность, скрупулезность, дотошное соблюдение всех правил (иногда не необходимых или даже в ущерб делу), приверженность к порядку, педантизм.

*Истероидный тип.* Главные черты – мощный эгоцентризм, ярко выраженная жажда внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания. Все остальные особенности основаны на этом. Лживость и фантазирование целиком служат цели приукрашивания и привлечения внимания к своей личности. Свойственна театральность переживаний, склонность к позерству. Низкая способность к упорному труду сочетается с высокими притязаниями в отношении будущей профессии. Среди сверстников претендуют на первенство или на исключительное положение. Смена увлечений и хобби также обусловлена стремлением найти такое дело, где можно быть на виду.

*Астено-невротический тип.* Главные черты – повышенная утомляемость, раздражительность. Утомляемость обычно проявляется при умственных занятиях и в обстановке соревнований, соперничества. При утомлении аффективные вспышки возникают по ничтожному поводу.

*Сенситивный тип.* Главные особенности – большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. В себе видят множество недостатков, особенно в области волевых качеств. Часто встречается неудовлетворенность своим физическим «Я» («образ тела»). Замкнутость, робость и застенчивость особенно проявляются среди посторонних и в непривычной обстановке. С незнакомыми трудны даже самые поверхностные контакты, но с теми, к кому привыкли, бывают достаточно общительны. Чрезвычайные трудности вызывают ситуации негативного оценивания или обвинения (тем более несправедливого).

*Психастенический тип.* Главные черты – нерешительность, тревожная мнительность (в виде опасений за будущее свое и своих близких), склонность к самоанализу. Черты характера обычно обнаруживаются уже в начальной школе. Отвечать за себя, и особенно за других, бывает самой трудной задачей. Защитой от постоянной тревоги по поводу воображаемых неприятностей и случайностей служат выдуманные приметы и ритуа-

лы. Нерешительность особенно проявляется при необходимости сделать самостоятельный выбор.

*Гипертимный тип.* Основные особенности – всегда хорошее, слегка повышенное настроение, высокий жизненный тонус. Высокая степень активности сочетается с постоянным стремлением к лидерству. Высокий отклик на новое, но интересы неустойчивы. Большая активность сочетается с неразборчивостью в выборе знакомств. Легко осваиваются в незнакомой обстановке, но плохо переносят одиночество, размеренный режим, строго регламентированную дисциплину, монотонный и требующий мелочной аккуратности труд, вынужденное безделье. Склонны к переоценке своих возможностей и чрезмерно оптимистическим планам на будущее. Стремление окружающих подавить их активность нередко ведет к бурным, но коротким вспышкам раздражения.

*Циклоидный тип.* Характерная особенность – достаточно частая смена нерезко выраженных фаз гипертимности и подавленности (субдепрессии). В субдепрессивной фазе падает работоспособность, утрачивается интерес ко всему, подросток становится домоседом, избегает компании. Неудачи и даже мелкие неурядицы в это время тяжело переживаются. Серьезные нарекания, особенно унижающие самолюбие, способны навести на мысли о собственной неполноценности и ненужности. Возможность провоцирования суицида. В гипертимной фазе циклоидные подростки не отличаются от гипертимов. Длительность каждой фазы обычно не велика (1-2 нед.). Между фазами часто имеет место достаточно длительный период неакцентуированного, «гармоничного» поведения.

*Лабильный тип.* Главная черта – настроение, которое меняется слишком часто и чрезмерно круто от незаметных для окружающих поводов. От настроения момента зависят активность, работоспособность, общительность. У лабильных подростков чувства и привязанности искренни и глубоки, особенно к тем лицам, которые сами проявляют любовь, внимание и заботу. Велика потребность в сопереживании. Тонко чувствуют отношение к себе окружающих даже при поверхностном контакте. К лидерству не стремятся. Тяжело переживают утрату или эмоциональное отвержение со стороны значимых лиц. Отличаются умением адекватно оценить свой характер.

*Смешанные типы.* Помимо явных акцентуаций встречаются случаи одновременного заострения двух черт. Это так называемые смешанные типы, которые составляют половину случаев явных акцентуаций.

**Способности** – это индивидуально-психологические особенности человека, обеспечивающие легкость усвоения и успешность выполнения какой-либо деятельности. Способности не сводятся к тем знаниям, умениям, или навыкам, которые выработаны у человека. В них включаются те показатели, которые являются условиями успешности деятельности. О способностях свидетельствует высокий темп усвоения знаний, умений, навыков, необходимых для деятельности, а также высокий творческий уровень деятельности, оригинальность, новизна.

Способности можно разделить на следующие категории: элементарные и сложные, общие и специальные, теоретические и практические, учебные и творческие, коммуникативные и предметно-деятельностные.

*Элементарные (простейшие) способности* – это способности, связанные с функциями органов чувств и простейшими движениями (способность различать запахи, звуки, цвета). Они присутствуют у человека с рождения и в течение жизни их можно совершенствовать.

*Сложные способности* – это способности в различной деятельности, связанной с человеческой культурой. Например, музыкальные (сочинение музыки), художественные (умение рисовать), математические (способность легко решать сложные математические задачи). Такие способности называют социально обусловленными, так как они не являются врожденными.

*Общие способности* – это способности, имеющиеся у всех людей, но развитые у всех в различной степени (общие двигательные, умственные). Именно ими определяются успехи и достижения во многих видах деятельности (спорт, обучение, преподавание).

*Специальные способности* – это способности, встречающиеся не у всех, и для которых в большинстве случаев требуется наличие определенных задатков (художественно-изобразительные, литературные, актёрские, музыкальные). Благодаря им достигаются успехи в специфических видах деятельности. Следует отметить, что наличие у человека специальных спо-

способностей может гармонично сочетаться с развитием общих, и наоборот.

*Теоретические способности* – это способности, которые обуславливают склонность индивида к абстрактно-логическому мышлению, а также умение чётко ставить и успешно выполнять теоретические задачи.

*Практические способности* – это способности, которые проявляются в умении ставить и выполнять практические задачи, связанные с конкретными действиями в определённых жизненных ситуациях.

*Учебные способности* – это способности, определяющие успешность обучения, усвоения знаний, навыков и умений.

*Творческие способности* – это способности, определяющие умение человека создавать предметы духовной и материальной культуры, а также влияющие на производство новых идей, совершение открытий и т.п.

*Коммуникативные способности* – это способности, которые включают в себя знания, умения и навыки, связанные с общением и взаимодействием с окружающими людьми, межличностным оцениванием и восприятием, установлением контактов, налаживанием связей, нахождением общего языка, расположением к себе и воздействием на людей.

*Предметно-деятельностные способности* – это способности, определяющие взаимодействие людей с неодушевлёнными предметами.

Все виды способностей являются взаимодополняющими, и именно их сочетание даёт человеку возможность развиваться наиболее полноценно и гармонично. Способности оказывают влияние как друг на друга, так и на успешность человека в жизни, деятельности и общении.

В психологии для характеристики человека кроме понятия «способности» используются и такие термины, как «гениальность», «талант», «одарённость», указывающие на более тонкие нюансы индивидуальности личности. *Одарённость* – это наличие у человека с рождения задатков для лучшего развития способностей. *Талант* – это способности, которые раскрываются в наиболее полной мере благодаря приобретению навыков и опыта. *Гениальность* – это необычайно высокий уровень развития каких-либо способностей.

Общие способности обуславливают относительную легкость и продуктивность в овладении различными видами деятельности. Успех обеспечивается коммуникативными способностями и легкостью адаптации к разным группам; высокой способностью к обучению, восприятию новых знаний умений и навыков; способностью к созиданию предметов материальной и духовной культуры, к индивидуальному и коллективному творчеству.

Качественная характеристика способностей предполагает выявление отличий между людьми в различных областях деятельности. В то же время, абстрагируясь от качественного своеобразия сочетания различных способностей к отдельным видам деятельности, можно отметить, что каждая способность имеет различную силу, выраженность, уровень, т.е. имеет количественную характеристику, показывающую, в какой мере они развиты у данного человека по сравнению с другими людьми.

Количественная характеристика способностей – необходимая процедура при решении широкого круга проблем. Так, уже в школьной практике имеется настоятельная потребность ранжирования детей по способностям, в соответствии с которыми применяются разные типы обучения.

### **Потребностно-мотивационная сфера личности**

Поведение человека определяется двумя функционально взаимосвязанными сторонами: регулятивной и побудительной. Побуждение обеспечивает активность и направленность поведения, а регуляция обеспечивает гибкость и устойчивость поведения в различных условиях и осуществляется посредством различных психических проявлений, таких как ощущения и восприятия, внимание, мышление, память, речь, эмоции и др. Описание механизмов активности и направленности поведения традиционно связано с понятием мотивации. Более широко оно понимается как вся совокупность факторов, вызывающих активность организма и определяющих направленность поведения человека. Сюда включаются такие образования, как потребности, мотивы, намерения, цели, интересы, стремления. Наиболее важными из всех мотивационных понятий являются понятия потребности, мотива и цели.

*Потребность* – это исходная форма активности живых организмов. Потребности активизируют организм, вызывают пе-

риодически состояние определенной напряженности, что направляет поиск необходимого предмета потребности (пищи, воды и т.п.). У человека кроме элементарных биологических потребностей необходимыми для его нормального развития являются: 1) потребность в контактах с себе подобными (общение, социальные контакты); 2) потребность во внешних впечатлениях, или (в широком смысле) познавательная потребность.

*Мотив* – устойчивое личностное свойство, побуждающее человека к совершению определенных действий. Мотивы в отличие от потребностей более разнообразны и потенциально осознаваемы. Люди как личности отличаются друг от друга разнообразием и особым сочетанием потребностей, которые у человека и проявляются в разнообразных мотивах. Большинство из них более или менее осознается человеком (желания, интересы, склонности и др.), но существуют и вовсе неосознаваемые мотивы – установки и влечения. Система мотивов намного разнообразнее и подвижнее, чем потребности, лежащие в их основе.

Термин «*мотивация*» – более широкое понятие, чем мотив, и охватывает всю совокупность факторов активности человека и определяющих ее направленность. Сюда включаются не только внутренние факторы активности человека (личностные диспозиции), но и внешние, ситуационные. Поведение может объясняться не только внутренними, но и внешними причинами. Психологические факторы, которые изнутри предопределяют его поведение, часто еще называют личностными диспозициями. В этих случаях говорят о *диспозиционной мотивации*. Внешние причины поведения обусловлены ситуацией, и их, соответственно, определяют как *ситуационную мотивацию*.

Диспозиционная и ситуационная мотивации не являются независимыми. Диспозиции могут актуализироваться под влиянием определенной ситуации, и, напротив, активизация определенных диспозиций (потребностей, побуждений) приводит к изменению восприятия ситуации субъектом. Он воспринимает и оценивает ее предвзято, исходя при этом из своих актуальных интересов и потребностей. Один и тот же человек в зависимости от его текущего состояния одну и ту же ситуацию может воспринимать по-разному. Практически любое поведение человека детерминировано как диспозиционно, так и ситуационно.

Таким образом, сиюминутное, т.е. актуальное, поведение человека следует рассматривать не как реакцию на определенные внутренние или внешние стимулы, а как результат непрерывного взаимодействия его диспозиций и ситуаций. Мотивация в данном случае понимается как процесс непрерывного выбора и принятия решений на основе взвешивания поведенческих альтернатив. Она объясняет целенаправленность действия, организованность и устойчивость целостной деятельности, направленной на достижение определенной цели. Термин «мотивация» в широком понимании используется во всех областях психологии, исследующих причины и механизмы целенаправленного поведения человека. Мотивы следует отличать от мотивировок.

*Мотивировка* – это рациональное объяснение субъектом причин поступка посредством указания на социально приемлемые для него и окружающих обстоятельства, побудившие к выбору данного действия. Мотивировка является одной из форм осознания самих мотивов поведения, оправдания своих поступков или сознательной маскировки действительных мотивов поведения.

*Цель* в психологии обозначают как ожидаемый результат, на который направлено актуальное поведение. Цель в отличие от мотивов всегда осознается. Идеальный образ будущего результата становится целью лишь в связи с определенной потребностью, мотивом или системой мотивов. Тогда он приобретает побудительную силу и начинает направлять конкретные действия. Цель является основным объектом внимания человека в данный момент, с ней также связано мышление и большая часть эмоциональных переживаний. Психофизиологической основой цели является акцептор результатов действия (Анохин П.К., 1970), регулирующий программу физиологической реализации действия посредством сличения достигнутого результата с требуемым.

Потребности, мотивы, цели – основные составляющие мотивационной сферы человека. Каждая из потребностей может быть реализована во многих мотивах, и каждый мотив может быть удовлетворен различной совокупностью целей.

В случаях, когда человек сталкивается с препятствиями, барьерами (объективными и субъективными) на пути к достиже-

нию цели, у него в той или иной степени выраженности может возникнуть состояние, противоположное переживаниям человека, осознающего перспективу, т.е. неудовольствие, подавленность, расстройство. В психологии такое состояние называется *фрустрационным состоянием*, а ситуации, его провоцирующие – *фрустрационными ситуациями*. Фрустрация может приводить к различным изменениям поведения и самосознания личности.

Можно выделить несколько параметров, характеризующих мотивационную сферу человека:

1) развитость – характеризует качественное разнообразие мотивационных факторов;

2) гибкость – описывает подвижность связей, существующих между разными уровнями организации мотивационной сферы (между потребностями и мотивами, мотивами и целями, потребностями и целями);

3) иерархизированность – это характеристика ранговой упорядоченности строения каждого из уровней организации мотивационной сферы, взятого в отдельности.

Неосознаваемые мотивы могут проявляться в сознании в особых качествах – в форме эмоций и личностных смыслов.

Эмоции возникают у человека лишь по поводу таких событий или результатов действий, которые связаны с мотивами. Если человека что-то волнует, значит, это каким-то образом затрагивает его мотив. Даже успешное достижение нужного результата деятельности человека не всегда ведет к положительной эмоции. Напротив, оно может породить резко негативные чувства. Это может быть сигналом о том, что достигнутый, казалось бы, успех со стороны ведущего мотива психологически для личности является поражением. Эмоции, таким образом, являются ключом к разгадке действующих мотивов.

Личностный смысл – это переживание повышенной субъективной значимости предмета или события, оказавшихся в поле действия ведущего мотива. Мотивы, которые побуждают деятельность и вместе с тем придают ей личностный смысл, называются *смыслообразующими*. Их характерной чертой является то, что деятельность, сталкиваясь с препятствиями, не меняет свой личностный смысл. Смыслообразующие мотивы всегда занимают более высокое иерархическое место, даже если они не

обладают прямой аффектогенностью. Являясь ведущими в жизни человека, для самого субъекта они могут оставаться, по выражению А.Н. Леонтьева, за «занавесом» сознания. Иерархические отношения мотивов начинают проясняться в ситуациях конфликта мотивов.

В качестве побудителей (мотивов) человеческого поведения рассматриваются также влечения, установки, желания, интересы, склонности, задачи, идеалы и мировоззрение.

*Влечение* – это неосознанная по содержанию и цели деятельности потребность. В отечественной психологии влечения рассматриваются как этап формирования мотива поведения, т.е. влечение является преходящим явлением, и представленная в нем потребность либо угасает, либо осознается как конкретное желание. Таким образом, влечения могут обуславливаться не только биологическими, но и социальными факторами. Кроме того, у человека с развитым сознанием влечения как мотивы поведения ведущей роли не играют, а выступают в виде «строительного материала» для осознанных побуждений, которым в поведении и принадлежит ведущая роль.

Влечение – одно из центральных понятий психоанализа, где ему придается ведущая роль в активности и регуляции поведения человека. Так, З. Фрейд ведущим в регуляции поведения признает проявление полового инстинкта («либидо»). Его последователи, сохраняя представление о влечении как ведущем мотиве поведения человека, заменяют «либидо» другими влечениями: «первичным страхом», «влечением к разрушению» и т.п.

*Установка* – это не осознаваемое личностью состояние готовности (предрасположенности) к определенному поведению и деятельности, с помощью которых может быть удовлетворена та или иная потребность. Установка чаще всего складывается в результате неоднократного повторения ситуаций, в которых человек реагировал определенным образом (установочные ситуации). Повторение ситуации неосознанно предвосхищает характер поведения и отношения человека к ее объектам.

Понятие установки первоначально использовалось для обозначения обусловленного прошлым опытом фактора, который определенным образом влиял на направленность психических процессов и скорость реагирования на объекты ситуации. Позд-

нее понятие социальной установки (*attitюда*) вводится для обозначения субъективной ориентации людей на те или иные социальные ценности, предписывающие им определенные социально принятые формы поведения.

В школе Д.Н. Узнадзе (1966) разрабатывалось положение, согласно которому возникающие при встрече потребности и ситуации установки определяют направленность поведения субъекта до тех пор, пока поведение не наталкивается на те или иные препятствия. В этих случаях неосознанное поведение прерывается, и начинают действовать сознательные механизмы объективизации. Возникшие затруднения привлекают внимание и таким образом осознаются. После сознательного нахождения нового режима регуляции управление поведением вновь осуществляется подсознательными установками. Эта непрерывная передача управления обеспечивает гармоничное и более экономное взаимодействие сознания и бессознательного.

Установки, по мнению Д.Н. Узнадзе, обеспечивают не только состояние готовности к определенной деятельности, направленной на удовлетворение той или иной потребности, но и являются фактором, направляющим и определяющим содержание сознания. Человек, благодаря механизмам объективизации, выделяет себя из окружающего мира, начинает относиться к нему как к существующему объективно и независимо от него. Понимание природы бессознательного с позиций теории установки кардинально отличается от его трактовки в психоанализе З. Фрейда.

Как и отношения, установки отличаются большим разнообразием: целевые, социальные, смысловые, профессиональные, ожидательные (*экспектации*), установки на врача, болезнь и т.д. Установки по отношению к событиям, людям могут быть позитивными (больной, охотно и точно выполняющий все указания врача, придерживается установки, вытекающей из положительного отношения к медицине вообще и к доктору, который его лечит, в частности) и негативными, принимающими характер предубеждения.

Психологическими исследованиями в структуре установки выделены три составляющие (подструктуры): 1) когнитивная –

образ того, что готов познать и воспринять человек; 2) эмоционально-оценочная – комплекс симпатий и антипатий к объекту установки; 3) поведенческая – готовность определенным образом действовать в отношении объекта установки, осуществлять волевые усилия.

*Желание* – это мотив, в основе которого лежит осознанная по содержанию потребность, но она не выступает еще в качестве сильного побуждения к действию. Желание, имея побуждающую силу, обостряет осознание цели будущего действия и построение его плана.

*Интерес* – это форма проявления познавательной потребности, выражающаяся избирательным отношением личности к объекту в силу его жизненного значения и эмоциональной привлекательности. Интересы обеспечивают направленность личности на осознание целей деятельности, способствуя ориентировке, ознакомлению с чем-то новым, более полному и глубокому отражению действительности. По содержанию интересы могут быть материальными (жилищные удобства, красивая одежда и др.) и духовными (профессиональные, познавательные, эстетические и др.). По объему их можно разделить на широкие и узкие. Они могут быть глубокими и поверхностными, устойчивыми и неустойчивыми. Оценка интересов в итоге определяется их содержательностью и значимостью для личности.

*Склонность* – это избирательная направленность субъекта на определенную деятельность. В ее основе лежит глубокая и устойчивая потребность в этой деятельности, стремление в ней совершенствоваться. Склонности обычно являются предпосылкой развития соответствующих способностей, при этом возможны случаи несовпадения склонностей и способностей.

*Задача* – это частный ситуативно-мотивационный фактор, возникающий тогда, когда в ходе выполнения действий, направленных на достижение определенной цели, возникает трудность, которую преодолевают, благодаря постановке конкретной задачи.

*Идеал* – это важная цель личных стремлений человека, своеобразный пример, эмоционально окрашенный эталон действия.

*Мировоззрение* представляет собой систему взглядов человека на мир и его закономерности. Оно служит высшим регуля-

тором поведения личности, определяя не только общую направленность личности, но и ее целеустремленность. Идеалы и мировоззрение формируются у человека на основе его интересов и склонностей.

Совокупность устойчивых мотивов, определяющих избирательность отношений и активности человека и относительно независимых от наличных ситуаций, называется *направленностью личности*.

Направленность как подструктура личности состоит из различных побуждений. Все они взаимосвязаны в мотивационной сфере личности, т.е. представляют систему. При этом одни из ее компонентов являются доминирующими, в то время как другие выполняют опорную роль. Основную линию поведения определяют доминирующие мотивы. В зависимости от сферы проявлений различают следующие направленности личности: морально-идейную, профессиональную и бытовую.

Идейно-моральная направленность личности выражается в ее мировоззрении, моральной воспитанности. Идейным человеком называют того, кто постоянно руководствуется в жизни определенными идеалами, составляющими сущность его убеждений. Моральная воспитанность проявляется в гуманности, коллективизме, ответственности; она характеризует личность со стороны ее отношения к людям.

Профессиональная направленность проявляется в устойчивом стремлении заниматься определенной профессией и совершенствоваться в ней. Бытовая направленность выражается в материальных, житейских, а также культурных и эстетических индивидуальных устремлениях.

При характеристике направленности личности выделяют следующие качества: уровень, широта, интенсивность, устойчивость и действенность. Уровень направленности – это общественная значимость направленности личности. Низкий уровень направленности проявляется в ориентировке исключительно на узколичные интересы и безразличии к делам общества. Широта направленности – это круг интересов личности. Широкая направленность подразумевает не только широкий круг интересов личности, но и их достаточную глубину. Интенсивность направ-

ленности связана с ее эмоциональной окраской. Она может колебаться от смутных, нечетких влечений через осознанные желания и активные стремления до полной убежденности. Действительность направленности личности определяет активность реализации целей направленности в деятельности.

*Самооценка* – это представление человека о важности своей личности, деятельности среди других людей и оценивание себя и собственных качеств и чувств, достоинств и недостатков, выражение их открыто или даже закрыто.

В качестве основного критерия оценивания выступает система смыслов и не смыслов индивида.

Функции самооценки:

– регуляторная – обеспечивает принятие личностью задач и выбора решений;

– защитная – обеспечение относительной стабильности личности и её независимости;

– развивающая – стимулирует личность к развитию и совершенствованию;

– отражающая (или сигнальная) – отображает реальное отношение человека к себе, своим поступкам и действиям, а также позволяющая оценить адекватность своих действий;

– эмоциональная – позволяет человеку ощущать удовлетворенность собственной личностью, своими качествами и характеристиками;

– адаптационная – помогает человеку приспособливаться к социуму и окружающему миру;

– прогностическая – регулирует активность человека в начале выполнения деятельности;

– корректирующая – обеспечивает контроль в процессе выполнения деятельности;

– ретроспективная – обеспечивает возможность оценки человеком своего поведения и деятельности на заключительном этапе её выполнения;

– мотивирующая – побуждает человека действовать для получения одобрения и позитивных самооценочных реакций (удовлетворенности собой, развития самоуважения и гордости);

– терминальная – заставляет человека остановиться (прекратить деятельность), если его действия и поступки способствуют появлению самокритики и недовольства собой.

## Нарушения личности

Нарушение личности не носит однозначного характера, оно может выражаться в изменении строения мотивов, их иерархии, смыслообразования, в нарушении самооценки и уровня притязания, нарушениях общения, самоконтроля и саморегуляции. При изучении изменений личности данные, полученные с помощью методик, следует анализировать в связи с исследованием жизни человека.

Результаты патопсихологических исследований позволяют выделить следующие нарушения личности: нарушение опосредования и иерархии мотивов, формирование патологических потребностей и мотивов, нарушение смыслообразования, нарушение контроля над поведением.

*Нарушение опосредованности и иерархии мотивов.* В конкретной человеческой деятельности всегда можно выделить ведущий мотив. Наличие ведущего мотива не устраняет необходимости мотивов дополнительных, непосредственно стимулирующих поведение; однако без ведущих мотивов содержание деятельности лишается личностного смысла. Именно ведущий мотив обеспечивает возможность опосредования и иерархии мотивов. Иерархия мотивов является относительно устойчивой и этим обуславливает относительную устойчивость всей личности, ее интересов, позиций и ценностей.

Клинический материал позволяет проследить закономерности изменения мотивационной сферы человека, которые приводят к смене позиций, интересов, ценностей личности.

У больных могут изменяться характерологические черты: появляется раздражительность, придирчивость, грубость, выраженный негативизм. Происходит «сдвиг мотива на цель» (А.Н. Леонтьев), когда формируется новый мотив, побуждающий к новой деятельности. Изменения в содержании потребностей означают и изменения в строении личности. Сравнительный анализ самооценки больных с последствиями травмы головного мозга и больных с хроническим алкоголизмом, проведенный Б.С. Братусем, показал, что у первых сохраняется адекватная самооценка при выполнении заданий, у вторых – нет. Они не критичны, и это сочетается с агрессией к тому, что мешает удовлетворению их патологической ведущей потребности

в алкоголе. У больных меняется не только содержание потребностей и мотивов, меняется их структура: они становятся все менее опосредованными. Только тогда, когда потребность становится опосредованной (поставленной целью), возможно сознательное управление ею со стороны человека. У больных отсутствует возможность опосредования потребности сознательной целью. Именно по этой причине их потребности становятся неуправляемыми и приобретают строение влечений. Деятельность теряет специфически человеческую характеристику: из опосредованной она становится импульсивной.

*Формирование патологических потребностей и мотивов.* Искаженное отражение сознания собственной личности может привести к специфическим расстройствам, принять характер изменения физического образа «Я». Превращение социальной потребности в патологическое влечение может быть проиллюстрировано состоянием больных нервной анорексией.

У девушек, больных нервной анорексией (угнетение пищевого инстинкта), возникают аффективные переживания вследствие несоответствия собственной внешности «идеалу красоты». Переживания приводят к применению изнурительной диеты. Мотив к похуданию первоначально не носит патологического характера. Голодание является лишь действием для осуществления некой духовной ценностной ориентации «быть красивой», «обладать красивой фигурой». Однако в дальнейшем эти действия по похуданию вступают в противоречие с органической природной потребностью в пище. При этом антивитаальные действия не только не прекращаются, но сами преобразовываются в мотив (таким образом, происходит сдвиг мотива на цель). Этот мотив становится доминирующим и смыслообразующим в иерархии мотивов. Учеба, которой девушка отдавала много сил, отходит на задний план, уступая место деятельности по похуданию.

*Нарушение смыслообразования.* Уже дети младшего школьного возраста осознают мотивы, ради которых они должны совершить действие. Однако часто эти мотивы остаются лишь знаемыми и не побуждают к действию (Л.И. Божович). Ребенок может знать, что для овладения будущей профессией надо хорошо учиться, но, несмотря на это понимание, мотив к учению не имеет достаточной побудительной силы и приходится подключать какие-либо дополнительные мотивы.

При определенных условиях известные мотивы могут перейти в непосредственно действующие. Этот переход известных мотивов в побуждение связан с формированием мировоззрения подростка. В своих вершинных формах мотивы основываются на осознании человеком своих моральных обязанностей, задач, которые ставит перед ним общественная жизнь. Слияние обеих функций мотива – побуждающей и смыслообразующей – придает деятельности человека характер сознательно регулируемой. Ослабление и искажение этих функций приводят к нарушениям деятельности (например, больной, зная, что к близким надо хорошо относиться, оскорбляет или даже избивает мать). Становясь просто известным, мотив теряет свою как смыслообразующую, так и побудительную функцию. Смещение смыслообразующей функции мотивов, отщепление действенной функции от известной нарушает деятельность больных и является причиной деградации их поведения и личности.

*Нарушение контроля над поведением.* Одним из наиболее ярких проявлений нарушений личности является нарушение подконтрольности, критичности поведения. Нарушение критичности может приобретать разные формы и выступать в структуре различных процессов: мышления, восприятия. Оно может выразиться в неправильной оценке своей личности, собственных действий, проявиться в некритичности к своим психопатологическим переживаниям. Критичность образует «вершину личностных качеств человека» (И.И. Кожуховская). Какие бы формы некритичности ни принимала, она означает нарушение деятельности в целом. С.Я. Рубинштейн отмечает, что у больных с поражением лобных долей мозга в силу отсутствия стойкого отношения к продукту своей деятельности не возникает критического отношения к себе, отсутствует коррекция внутренних действий, не формируются профессиональные навыки. Если у больных лиц нет стойкой и осознанной мотивации, нарушается целенаправленность их действий и суждений.

Нарушение критичности может быть тесно связано с нарушением регуляции деятельности. Например, больной способен выполнить экспериментальное задание, требующее от него обобщения (классификацию на знакомом материале он выполняет), но навык выполнения задания остается неустойчивым,

легко нарушается и заменяется актуализацией случайных ассоциаций. Нарушение произвольности, невозможность управления своими действиями обнаруживаются у больных при любом обследовании. Бездумное поведение больных при проведении эксперимента или в трудовой ситуации, отсутствие отношения к своей работе указывают на то, что действия испытуемых не подчинены личностным целям и не регулируются ими.

Нередко нарушения критичности сочетаются с тенденцией к персеверациям (непроизвольным, назойливо повторяющимся действиям или движениям). Выполнив какой-нибудь компонент сложного движения, больные не могут переключиться на другой компонент. А.Р. Лурия считал, что влияние инертных действий, которые были вызваны требованиями предшествующей инструкции, настолько сильно, что выполнение актуального задания подменяется фрагментами предыдущих действий. Например, больной, начав чертить круг, совершал круговые движения, пока его не останавливали, и т.д. Персеверации могут проявляться и на речевом, и на интеллектуальном уровне, например, в виде повторов слогов, одних и тех же вопросов или небольших фраз. У больных с поражением лобных долей часто встречается ситуационное поведение. В качестве признаков такого поведения выступают внушаемость и подчиняемость. В некоторых случаях эти характеристики могут принимать гротескный характер.

Ситуационное поведение и персеверативная тенденция являются феноменами, противоречащими друг другу, так как в основе персеверации лежит механизм инертности, а ситуационное поведение содержит в себе тенденцию к чрезмерно быстрой смене реакций. Однако это противоречие является чисто внешним. Оба эти явления являются индикаторами того, что деятельность больного лишена смысловой характеристики и замещается действиями, за которыми не стоит смыслообразующий мотив.

Утрата возможности оценивать себя и других разрушает самым гротескным образом деятельность больных. Она является индикатором их глубокого личностного нарушения.

## Контрольные вопросы

Выберите один правильный ответ

1. Элементарный психический акт, который заключается в отображении отдельных свойств предметов и явлений внешнего мира и внутреннего состояния организма, что непосредственно влияют на анализаторы – органы чувств человека, называется:

- а) восприятием;
- б) ощущением;
- в) памятью;
- г) эмоциями;
- д) вниманием.

2. К количественным расстройствам ощущений относятся:

- а) гиперестезия, гипестезия, анестезия;
- б) парестезии, сенестопатии, синестезии;
- в) галлюцинации;
- г) синестезии;
- д) иллюзии.

3. К качественным расстройствам ощущений относятся:

- а) гиперестезия, гипестезия, анестезия;
- б) галлюцинации;
- в) парестезии, сенестопатии, синестезии;
- г) синестезии;
- д) иллюзии.

4. Психический процесс, благодаря которому происходит отображение предметов и явлений объективной действительности, которые действуют на анализатор человека в целом, причем результат их действия на органы чувств синтезируется с прошлым практическим опытом в одно целое, называется:

- а) восприятием;
- б) ощущением;
- в) памятью;
- г) эмоциями;
- д) вниманием.

5. К расстройствам восприятия принадлежат:

- а) иллюзии;
- б) галлюцинации;

- в) психосенсорные расстройства;
- г) дереализация, деперсонализация;
- д) все варианты верны.

6. Искаженное восприятие окружающих предметов и явлений реального мира называют:

- а) иллюзиями;
- б) галлюцинациями;
- в) психосенсорными расстройствами;
- г) деперсонализацией;
- д) все варианты верны.

7. Неприятное ощущение, которое связано с реальным или потенциальным повреждением тканей, называется:

- а) страхом;
- б) болью;
- в) ужасом;
- г) паникой;
- д) все варианты неверны.

8. Болевой порог определяется:

- а) минимальной силой раздражителя, который вызывает боль;
- б) минимальной силой раздражителя, который вызывает адекватное ощущение;
- в) максимальной силой раздражителя, который вызывает адекватное ощущение;
- г) средней силой раздражителя, который вызывает боль;
- д) все варианты неверны.

9. Психический процесс, с помощью которого человек отображает прошлый опыт и реальную действительность, называется:

- а) ощущением;
- б) восприятием;
- в) вниманием;
- г) памятью;
- д) эмоциями.

10. В основе запоминания лежит процесс:

- а) фиксации энграмм;
- б) сохранения (ретенции);
- в) воссоздания (репродукции), узнавания;

- г) забывания;
- д) все варианты верны.

11. Память на небольшой промежуток времени (секунды, минуты), но достаточный для точного воссоздания событий, которые только что состоялись, называется:

- а) кратковременной памятью;
- б) долговременной памятью;
- в) оперативной памятью;
- г) промежуточной памятью.

12. Вымышленное воспоминание, совершенно не соответствующее действительности, – это:

- а) криптомнезия;
- б) иллюзия;
- в) конфабуляция;
- г) корсаковский синдром.

13. Нарушение памяти, которое сопровождается ее ослаблением, называется:

- а) гипермнезией;
- б) гипомнезией;
- в) амнезией;
- г) парамнезией.

14. Амнезия – это:

- а) усиление памяти на определенные отрезки времени;
- б) снижение памяти на определенные отрезки времени;
- в) снижение памяти;
- г) потеря памяти на определенные отрезки времени.

15. Направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте или виде деятельности называется:

- а) ощущением;
- б) восприятием;
- в) памятью;
- г) вниманием;
- д) мышлением.

16. Наиболее распространенными нарушениями внимания являются:

- а) повышенное истощение внимания;
- б) нарушение концентрации внимания;

- в) отвлекаемость внимания;
- г) инертность внимания;
- д) все варианты верны.

17. Недостаточное переключение внимания с одного объекта или вида деятельности на другой называется:

- а) повышенным истощением внимания;
- б) нарушением концентрации внимания;
- в) отвлекаемостью внимания;
- г) инертностью внимания.

18. Психический процесс, высшая форма творческой активности человека, через который отображаются наиболее существенные признаки предметов и явлений объективного мира и раскрываются их взаимосвязи, называется:

- а) ощущением;
- б) восприятием;
- в) памятью;
- г) вниманием;
- д) мышлением.

19. Уровень способности человека отображать объективную реальность на основании приобретенных знаний и опыта называется:

- а) ощущением;
- б) восприятием;
- в) памятью;
- г) интеллектом;
- д) мышлением.

20. Психический процесс, с помощью которого человек переживает свое отношение к окружающему миру или самому себе, называют:

- а) чувствами и эмоциями;
- б) восприятием;
- в) памятью;
- г) интеллектом;
- д) мышлением.

21. Сознательная, целеустремленная психическая активность, которая связана с преодолением препятствий, носит название:

- а) чувства и эмоции;
- б) восприятие;
- в) память;
- г) мышление;
- д) воля.

22. Индивидуально-типологическая характеристика человека, определяющаяся силой, напряженностью, скоростью и уравновешенностью хода ее психических процессов, называется:

- а) темпераментом;
- б) характером;
- в) способностями;
- г) талантом;
- д) гениальностью.

23. Комплекс постоянных психических свойств человека, который проявляется в его поведении и деятельности, отношении к обществу, труду, коллективу, самому себе называют:

- а) темпераментом;
- б) характером;
- в) индивидуальностью;
- г) способностями;
- д) талантом.

24. Индивидуально-психологические особенности человека, которые отвечают потребностям данной деятельности и являются условием ее успешного выполнения, называют:

- а) темпераментом;
- б) характером;
- в) индивидуальностью;
- г) способностями;
- д) талантом.

25. Побуждение (мотивация) к деятельности, которое осознается и переживается человеком как необходимость в чем-либо, недостаток чего-либо, недовольство чем-либо, носит название:

- а) потребности;
- б) мотивации;
- в) переживания;
- г) фрустрации.

26. Чувство психического дискомфорта в виде напряжения и тревоги, которое связано с неудовлетворением потребностей или конфликтами, носит название:

- а) апатия;
- б) симпатия;
- в) анимация;
- г) фрустрация;
- д) антипатия.

### ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО И ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

#### 3.1. Особенности контакта в системе «врач – пациент»

Эффективность медицинской помощи во многом зависит от умения врача общаться с пациентом. Взаимоотношения медицинского работника и больного складываются индивидуально в зависимости от особенностей состояния и личности пациента, нозологической принадлежности, а также индивидуально-психологических особенностей врача. На формирование взаимоотношений влияют половые и возрастные различия, уровень образования, социальный статус. Хороший контакт с врачом нужен любому больному для гарантии того, что вместе они успешно справятся с болезнью. Замечательно, когда взаимопонимание формируется свободно и естественно, когда стиль общения больного соответствует аналогичным характеристикам врача.

К сожалению, многие медицинские работники строят свои взаимоотношения с больными стихийно, опираясь главным образом на свои способности и наглядный пример коллег. Вследствие этого часто общение с больным полностью зависит от ситуации: при благоприятном расположении больного контакт получается, при нежелании пациента общаться контакт неэффективен. Отсутствие контакта или формальные отношения врача и пациента резко снижают информативность анамнеза, ухудшают результативность лечения. Предпосылками возникновения положительных психологических отношений и доверия между медицинскими работниками и больными являются, несомненно, квалификация, опыт врача.

У каждого человека на основе собственного опыта общения с медиками и характера ожидаемой помощи складывается определенный образ врача, который может удовлетворить его потребности в помощи и эмоциональном общении. Пациент, как правило, имеет право выбора в соответствии с собственными мотивами и ценностями. Врач ограничен в своем выборе

и должен быть подготовлен к общению с любым человеком. Личность больного, как и любого другого человека, характеризуется группой качеств: темпераментом, способностями, интеллектом, характером. Многие из этих характеристик врачу приходится учитывать для формирования эффективного контакта с больным.

Можно отметить ряд общих и более частных черт личности, которые нужно воспитывать у врача: высокая общая культура и культура врачебной деятельности, организованность в работе, любовь к порядку, аккуратность и чистоплотность, на которые указывал еще Гиппократ. Духовная культура врача является стержнем деонтологически и психологически грамотного мышления и поведения врача, его нравственного самосознания. Она опирается на общечеловеческие духовные и нравственные ценности. Общество всегда рассматривало врача-профессионала не только как специалиста, излечивающего заболевание, но и как человека, занимающего особую духовную позицию – позицию оказания помощи, личной ответственности и участия в судьбе пациента.

Наиболее ценными для больных оказываются следующие личностные качества врача (в порядке убывания): ум, увлеченность работой, внимательность, чувство долга, терпеливость, чуткость, интуиция, серьезность, доброта, чувство юмора.

Авторитет врача 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 к профессионалу и уважение своих пациентов и коллег.

С точки зрения больного значимыми в образе врача являются такие черты, как уверенность поведения и способность к эмпатии. Уверенный стиль поведения, демонстрируемый в самых неожиданных, безнадежных, шокирующих ситуациях, помогает сформировать у больного «терапевтическую иллюзию» абсолютной компетентности врача, в частности, определяющей способность контролировать текущие события с построением реа-

листичного прогноза, что способствует появлению веры и надежды на благополучный исход событий.

Пациент должен чувствовать здоровый оптимизм врача, а не основанный на желании поскорее закончить обследование («что вы волнуетесь зря, всё у вас нормально, можете идти»). И наоборот, под влиянием выгорания врач демонстрирует циничное, часто жестокое отношение, часто преувеличивая последствия, например, несвоевременной явки в больницу (часто это происходит из-за желания «наказать» пациента за собственную эмоциональную несостоятельность).

При тревоге, беспокойстве и неуверенности, вызванных синдромом эмоционального выгорания, врач теряет способность к правдивому и честному изложению информации о состоянии здоровья человека. Он либо излишне шадит психику больного, заставляя его пребывать в неизвестности, либо, наоборот, утрачивает необходимый такт при подаче диагностической или лечебной информации. Профессионал с синдромом эмоционального выгорания, переживающий чувства бессмысленности, безнадежности и вины, неминуемо передает эти чувства своим пациентам словами, интонацией, эмоциональной реакцией.

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.

Для большинства больных в образе врача обобщается личный опыт взаимодействия с рядом авторитетных для него лиц в разные периоды жизни. Замечено, что пациенты с чертами некоторого психического инфантилизма чаще отмечают сходство с «идеальным» врачом лиц из раннего периода детства (мать, любимый учитель), а больные с относительно большой социальной зрелостью – из более позднего периода жизни (руководитель на работе, коллега). Знание и учет врачом имеющегося у больного образа «идеального врача» способствует установлению лучшего психологического контакта между ними.

По роду профессиональной деятельности врачи сталкиваются со страданием, болью, умиранием, смертью. В подобных условиях специалисту медицинского учреждения эффективно

разрешать проблемные и стрессовые ситуации позволяют высокая эмоциональная устойчивость, стабильность, психологическая надежность, умение противостоять стрессу, информационным и эмоциональным перегрузкам. При очень высоком уровне эмпатии врачу часто свойственно болезненно развитое сопереживание, тонкое реагирование на настроение собеседника, наличие чувства вины из-за опасения причинить другим людям беспокойство, повышенная психологическая уязвимость и ранимость. Эти качества препятствуют выполнению профессионального ролевого поведения вследствие эмоциональных перегрузок, эмоционального и физического истощения при избыточном эмпатическом вовлечении в переживания больного. Необходимый для успешной профессиональной деятельности психологический климат в коллективе обеспечивает способность к сотрудничеству, к построению партнерских отношений.

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 немногими пациентами рассматривается как фактор, облегчающий общение (например, при обсуждении некоторых интимных вопросов своей жизни).

Способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты между людьми обозначается термином «коммуникативная компетентность». В целом успешная врачебная деятельность определяется такими психологическими особенностями, как высокий уровень коммуникативной компетентности, реализуемой в отношении пациентов, их родственников, а также медицинского персонала.

*Коммуникативная компетентность* – это система внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективной коммуникации в определенном круге межличностного общения. Коммуникативная компетентность является значимой характеристикой врача, медицинской сестры, психолога. Хороший психологический контакт с больным помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о больном. Коммуникативная компетентность, или умение общаться, обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях,

эффективность в решении поставленных задач. Если пациент доверяет своему врачу, не сомневаясь в правильности диагностики и адекватности терапии, то он будет выполнять назначения, пройдет все необходимые диагностические и терапевтические процедуры.

Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний (например, о типах личности, о способах переживания и реагирования на стресс у разных людей в зависимости от типа темперамента, о специфике связи между типами телосложения и особенностями психического склада личности и т.п.), но и сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Для врача не менее важно владеть собственными эмоциями, сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание больного и соответствующее реагирование на его поведение. Независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу или отчаяние, врач должен уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных целей и задач.

### **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 па-

циентом, 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 – суггестивных вопросов, требовательного тона или игнорирования жалоб.

Первая беседа позволяет оценить ожидания больного – директивность контакта или наоборот, партнерство, сотрудничество. Первый разговор также покажет предпочтительный для данного больного контакт – информационные сообщения или же эмоциональные проявления. Больные, предпочитающие эмоциональный контакт, ищут в первую очередь сочувствия, человечности и никогда не простят отношения к себе, как к «материалу». Такие больные воспринимают информацию 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.

Конечно, трудно составить четкие универсальные правила первой беседы и вообще правила обращения с больными. В каждом конкретном случае наиболее удобный способ избирает врач в зависимости от состояния больного и собственного опыта.

Стремительный темп жизни привел к тому, что мы все хорошо говорим и плохо умеем слушать. Имеется два вида техник активного слушания: оценочное или без оценки. В медицинской практике ценится слушание без оценки. В любом случае цель врача – разговаривать пациента 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.

Главное при активном *безоценочном* слушании – это умение молчать, соглашаться, перефразировать сообщения больного. Обязательное условие – заинтересованность. 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 ситуации, 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 с 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. Все это можно уловить при максимально полном высказывании больного, слушая его безо всяких оценок.

*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. В общении с больными с лабильным или сниженным настроением необходимо 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...». Когда больной ошибается в своих суждениях, возникает необходимость отрицательной оценки, но, 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 возникнуть гнев, агрессия. Этого не следует пугаться. Такие проявления свидетельствуют о «горячих точках» в анамнезе, которые могут играть серьезную роль в заболевании. Пациенту следует дать возможность полностью высказаться. Отреагирование эмоций обычно значительно облегчает психологическое состояние больного.

*Бессловесное общение.* Информация, получаемая от больного, воспринимается на разных уровнях. Поскольку 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, врач осуществляет обратную связь, понимая, как встречено то, о чем он говорит, – 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.

Можно выделить три основные модели ролевого поведения врача и пациента, т.е. их взаимоотношений: руководство, партнерство и контрактная модель.

В случае модели *руководства* больной остается подчиненным, сравнительно малоактивным, зависимым, пассивным объектом терапии. Врач доминирует в этих взаимоотношениях, занимает активную лидерскую позицию, определяет стратегию и тактику лечения. Все решения по ключевым вопросам лечебно-диагностического процесса принимает он сам и берет на себя всю полноту ответственности. Модель руководства – ведущая в педиатрии, гериатрии, клинике внутренних болезней, акушерстве и гинекологии, стоматологии, хирургии, травматологии и т.д.

*Партнерская* модель взаимоотношений «врач – пациент» более демократична. Как модель неавторитарного сотрудничества, терапевтического союза она предполагает активное участие пациента в лечебном процессе. При этом предполагается определенная степень ответственности и самостоятельности больного, его участие в принятии решений, определении стратегии и тактики лечения. В рамках партнерской модели в основе взаимоотношений лежит эмпатический подход к пациенту. Сопереживание определяет большую степень психологической близости, чем руководство. Партнерская модель используется в медицине в ряде особых ситуаций: при решении вопроса об операции, особенно при наличии вероятности летального исхода; в случае, когда в роли пациента оказывается врач либо лицо с высоким социальным статусом. Подобная модель взаимоотношений широко используется в психотерапии.

В условиях платной медицины сложилась *контрактная* (договорная) модель взаимоотношений «врач – пациент». Она позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоим его участникам. В рамках контрактной модели врач и пациент приступают к лечению на основе соглашения (контракта) относительно общего понимания болезни, ее причин, особенностей течения и прогноза, стратегии лечения. Это соглашение может быть определено уже при первой встрече. Врач с учетом потребностей и возможностей больного, а также принимая во внимание задачи терапии, прогнозирует с определенной долей вероятности выраженность эмпатической коммуникации, определяет оптимальный уровень власти в отношении пациента, меру его ответственности за ход и результаты лечения. Юридическую ответственность за результаты лечения в любом случае несет врач, но психологическая ответственность в определенной степени лежит на больном. Оплачивая медицинские услуги, пациент получает право выбирать врача. Он полагает, что, заключая контракт, располагает гарантиями на квалифицированную помощь и ее доступность (установленное совместно расписание посещений), право на прерывание курса лечения и смену врача. Больной ожидает, что врач будет согласовывать с ним важнейшие шаги в ходе лечения. Врач же предъявляет к пациенту тре-

бования сотрудничества в процессе терапии, выполнения соответствующих врачебных рекомендаций и правил, в частности, требования следовать здоровому образу жизни.

Профессия медицинского работника связана с эмоциональными перегрузками, частыми стрессовыми ситуациями, дефицитом времени, необходимостью принимать решения при наличии ограниченного объема информации, высокой частотой и интенсивностью межличностного взаимодействия. С психологической точки зрения болезнь может рассматриваться как ситуация неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом. Такая ситуация является одной из наиболее трудных психологических ситуаций в жизни, частой эмоциональной реакцией на которую является страх. Это требует от врача постоянной психологической готовности, эмоциональной вовлеченности в проблемы окружающих, связанные с состоянием их здоровья.

*Медицинская этика и деонтология* – это совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении своих должностных обязанностей. Этика определяет законы морали и нравственности. Этические нормы динамичны, они подвержены влиянию общественных факторов и норм общественной морали. Конкретные этические нормы, применяемые в медицине, включают правдивость, приватность, конфиденциальность, лояльность и компетентность.

Этические принципы медицины:

- уважение личности пациента;
- оказание пациенту психологической поддержки в затруднительной ситуации;
- предоставление пациенту необходимой информации о состоянии здоровья и предлагаемых медицинских мерах;
- возможность выбора из альтернативных вариантов;
- возможность осуществления контроля за ходом исследования и лечения со стороны пациента;
- самостоятельность пациента в принятии решений;
- вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи.

Врач по роду своей деятельности оказывается обладателем сведений о болезнях, интимной и семейной жизни больного.

Они доверяются ему как человеку, от которого рассчитывают получить помощь. Врач должен сохранять в тайне все сведения, доверенные ему больным. Требование о неразглашении врачебной тайны снимается лишь в случаях, когда этого требуют интересы общества (например, при распознавании опасных инфекций), а также при запросе судебно-следственных органов.

Особое внимание в системе «врач – пациент» необходимо уделять спорам и конфликтам. 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 конструктивные споры (реалистические, предметные), в которых поиск истины совмещается восполнением дефицита информации. И есть конфликтные, софистические (нереалистические, беспредметные) споры, в которых важна не истина, а необходима победа любой ценой. В первую группу споров с больным врачу вступать можно и нужно, во вторую врача, как правило, втягивают насильно. 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, что является неосознанным стремлением повысить свою самооценку. Этот тип конфликтов нередко обуславливается предвзятым отношением пациента к медицинской службе в целом или к отдельному врачу.

### **3.2. Восприятие боли**

Учение о боли является одной из центральных проблем биологии, медицины и психологии. П.К. Анохин определял боль как своеобразное психическое состояние человека, обусловленное совокупностью физиологических процессов центральной нервной системы, вызванных к жизни каким-либо сверхсильным или разрушительным раздражением. В отличие от других видов чувствительности, болевое ощущение возникает под

влиянием таких внешних раздражений, которые ведут к разрушению организма или угрожают этим разрушением. Боль предупреждает о грозящей человеку опасности, она является сигналом, симптомом болезненных процессов, разыгрывающихся в различных частях организма.

Для медицинской практики в связи с «сигнальным» значением боли очень важной является объективная характеристика выраженности болевого ощущения. Трудность и сложность этой оценки связаны с тем, что по своему характеру боль является субъективным ощущением, зависящим не только от степени вызывающего ее раздражителя, но и от психической, эмоциональной реакции личности на боль.

Боль является одной из самых частых причин обращения за медицинской помощью. Боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения.

Согласно теории специфичности боли (Р. Декарт), имеются болевые рецепторы, передающие импульсы раздражения по афферентным путям к мозгу. В соответствии с теорией интенсивности любое сенсорное ощущение, достигшее определенной интенсивности, воспринимается мозгом как боль. Современный этап в изучении причин и механизмов развития боли характеризуется глубоким изучением ее нейрофизиологических аспектов. Боль представляет собой ощущение, возникающее в результате обработки ноцицептивных раздражителей на релейных станциях. Нейрофизиологические механизмы боли реализуются при участии периферических, сегментарных, надсегментарных структур.

Многочисленные исследования, посвященные изучению условий, определяющих интенсивность и продолжительность болевого ощущения, убедительно доказали, что переживание боли индивидом зависит как от степени раздражения (прежде всего его силы, длительности и качества), так и от индивидуальной реактивности организма, функционального состояния его нервной системы, зависящих в свою очередь от ряда факторов, в том числе и психологических в значительной степени.

В ряду психологических факторов, имеющих большое значение в переживании боли, необходимо выделить следующие: отвлечение внимания и сосредоточение на боли, ожидание боли, различные эмоциональные состояния, особенности личности – стойкость к боли и выносливость, общественно-моральные установки, содержание и направленность жизненных отношений человека, определяющих его отношение к боли.

Зависимость порога болевой чувствительности от психологических и эмоциональных факторов дает основание характеризовать боль как психофизиологический процесс. О роли психического фактора в перцепции боли свидетельствует уменьшение интенсивности боли при положительных эмоциях, аутотренинге, гипнозе, а также возможность плацебоаналгезии, внушения боли или ее появления при отсутствии реальных болевых факторов.

В настоящее время доказано, что эмоциональное, вегетативное, эндокринное сопровождение чувства боли обеспечивается системой ретикулярной формации ствола мозга, гипоталамуса, лимбической системы, осуществляющей переработку ноцицептивной информации. Зависимость возникновения боли от определенной фазы сна, ее сочетание с нарушением сна также может свидетельствовать об этом. Нарушение интегративной деятельности неспецифических систем при нервно-психических расстройствах увеличивает вероятность появления болевых и вегетативных нарушений. Повышение восприимчивости к боли при психических нарушениях связано с изменением соотношения активности ноцицептивных и антиноцицептивных систем организма. В развитие боли в условиях хронического психоэмоционального напряжения свой вклад вносит сегментарная центральная сенситизация.

Влияние психологических процессов на восприятие боли и ответную реакцию лучше других смогла объяснить теория воротного контроля боли (Melzack R., Wall P., 1965). Теорией «нейроматрикса» объясняется появление болевых ощущений в условиях отсутствия явного соматического раздражения. Согласно этой теории, возникновение в нейронной цепи долго длящейся активности при периферических повреждениях, эмо-

циональном стрессе, заболевании внутренних органов нарушает работу «нейроматрикса». Г.Н. Крыжановский (1980) возникновение боли без наличия периферической импульсации из очага поражения объясняет образованием «генераторов усиленного патологического возбуждения» в сегментарных и супрасегментарных отделах центральной нервной системы.

В настоящее время критерии психогенной боли предложены в классификации DSM-IV. Выделяют два основных критерия: 1) преобладание множественных и пролонгированных болей; 2) отсутствие органической причины боли или, при наличии какой-либо органической патологии, жалобы больного, намного превышающие те, которые были бы возможны для данной органической находки; и три дополнительных фактора: а) существование временной связи между психогенной проблемой и развитием или нарастанием болевого синдрома; б) существование боли, предоставляющей пациенту возможность избежать нежелательной деятельности; в) боль, дающая пациенту право достичь определенной социальной поддержки, которая не может быть достигнута другим путем.

Наименее изученным разделом учения о боли остается проблема психалгий, или психических болей. В зарубежной психосоматической литературе распространены чисто психологические трактовки психалгий, в которых отрицание нейрофизиологических механизмов боли чаще всего сочетается с анализом их психогенеза с психоаналитических позиций. Доказательства существования боли «как чисто психического феномена», боли без болевой импульсации с периферии (G.L. Engel) сводятся к следующим основным положениям:

1. Боль имеет сигнальное защитное значение, она предупреждает об угрозе повреждения или утраты части тела. В плане развития боль возникает всегда при наличии болевой импульсации с периферии. Психический механизм боли развивается в процессе филогенеза и онтогенеза на основе рефлекторного механизма. Но как только психический механизм боли возник, для ощущения боли уже не требуется периферического раздражения. И это определяется тем огромным значением, которое имеет боль в истории жизни индивидуума.

2. Боль – утешение любимым человеком – устранение боли – вся эта цепь играет важную роль в становлении нежных отношений и позволяет объяснить «сладкое удовольствие» от боли. Боль позволяет сблизиться с любимым человеком.

3. Боль – наказание. Боль наносится при нарушении каких-то правил. В этом случае она – сигнал вины, а отсюда и важный посредник для искупления вины. Некоторые дети, так же как и взрослые, рады боли, если это приводит к прощению их и к соединению с любимым человеком.

4. Существует определенная связь между болью и истинной или воображаемой потерей любимых лиц, в особенности если есть вина в агрессивных чувствах по отношению к этим лицам. Боль является в этих случаях средством психического искупления. Человек уменьшает чувство потери, испытывая боль в своем собственном теле.

5. Боль может сочетаться с половым чувством. На высоте полового возбуждения боль не только может быть нанесена, но и является источником наслаждения. Когда это становится доминирующим, то говорят о мазохизме.

С точки зрения приведенной концепции боль играет исключительно важную роль в психологической жизни индивидуума. В ходе развития человека боль и ее облегчение влияют на становление интерперсональных отношений и на формулирование концепции добра и зла, награды и наказания, успеха и неудачи. Являясь средством устранения вины, боль играет активную роль, влияя на взаимодействия людей.

Однако, отрицая чисто психологические трактовки психалгий, следует вместе с тем отметить, что эта проблема, особенно в ее клиническом и терапевтическом аспектах, едва ли может быть разрешена сегодня в чисто физиологической плоскости.

С позиций нейрофизиологии и клинической психологии правильнее рассматривать психалгию как частный случай боли вообще. И при психалгиях сохраняет свое значение положение о том, что не существует боли, лишенной материальной основы, вне «болевого системы». Вместе с тем клинический опыт показывает, что нередко переживание боли определяется не только, а часто и не столько сенсорным, сколько эмоциональным компо-

нением, реакцией личности на боль. В связи с этим особое значение приобретает правильная клиническая оценка соотношения двух основных компонентов переживания боли: сенсорного и эмоционального, установление своеобразного коэффициента «психогенности боли».

В феномене психалгии отражается единство физиологического и психологического, объективного и субъективного, ощущения и эмоции. Основным в характеристике психалгий является не отсутствие сенсорного компонента, а решающее значение в переживании психического компонента боли, реакции индивида на боль. Содержательный анализ этой реакции требует изучения конкретной жизненной истории человека, особенностей его личности, сформировавшихся отношений к окружающей действительности и специально его отношения к боли.

К психологическим и психиатрическим причинам болевых ощущений также относятся: депрессия, истерическая конверсия, астения, абстинентный синдром при алкоголизме и наркоманиях, шизофрения и другие бредовые психозы.

При депрессии болевые ощущения наиболее тягостны, типичны боль и чувство стеснения в груди, нередко встречаются головная боль, боли в спине, суставах, животе. Болевые ощущения при депрессии часто маскируют психическое расстройство, и пациенты длительно проводят неэффективное лечение у врачей различного профиля.

Истерическая боль удивительно разнообразна по своим проявлениям, жалобы очень яркие, сопровождаются бурной эмоциональной реакцией (рыдание, крик, призывы о помощи). Такие приступы всегда психогенно спровоцированы, неприятные ощущения усиливаются, когда окружающие обращают на них внимание. Обычно их продолжительность невелика, поскольку вновь возникающие события отвлекают пациента от неприятных переживаний. При уменьшении выраженности депрессии отношение к боли меняется, повышается порог болевых ощущений и больные реже высказывают жалобы на боль.

Для астении характерны мышечные боли напряжения, особенно напряжение в области лба, затылка, шеи, плечевого

пояса и спины. Нередко при этом прикосновение к коже также бывает болезненным («болитно расчесывать волосы»). Такие боли проходят после массажа, согревания, теплой ванны, приема транквилизирующих средств, релаксирующей психотерапии (аутотренинг, биообратная связь, спокойная музыка, звуки природы).

Симптомы абстинентного синдрома при алкоголизме и наркомании разнообразны, многие из них имитируют проявления различных соматических расстройств (гипертонического криза, стенокардии, мерцательной аритмии). Для алкогольной абстиненции характерны головные боли и неприятные ощущения за грудиной, сопровождающиеся чувством страха, кожной гиперемией, потливостью, одышкой, артериальной гипертензией. Наиболее тяжелые болевые ощущения наблюдаются при опийной наркомании («ломка»).

При шизофрении больные нередко жалуются на то, что боли вызваны влиянием извне. Чаше, чем болевые ощущения, встречаются другие неприятные, трудноописуемые чувства (сенестопатии), которые пациенты сравнивают с «шевелением внутренностей», «расплавлением костей», «вытеканием мозга» и пр.

Таким образом, с учетом характера боли можно осуществлять более адекватные, с учетом его сложности и реальных технических возможностей, планирование и проведение лечебных мероприятий. Перспективным остается изучение клинико-биологических, психологических и социальных аспектов боли с реализацией системного подхода при ее лечении.

### **3.3. Восприятие болезни**

Существует два основных вида влияния болезни на психику человека – соматогенный, связанный с влиянием соматических вредностей (боль, интоксикация) на нервно-психическую деятельность больного, и психогенный, связанный с формированием субъективной психологической реакции на факт болезни, т.е. определенного рода чувствований, представлений и знаний о своем заболевании.

Субъективная оценка больным своего состояния обозначается термином «внутренняя картина болезни», предложенным Р.А. Лурия. Другие авторы субъективную сторону отражения в сознании больного патологического процесса обозначают как отношение к болезни, реакцию на заболевание, концепцию или сознание болезни, аутопластическую картину заболевания.

*Внутренняя картина болезни* представляет собой возникающий у больного целостный образ своего заболевания, включающий в себя знания и представления о болезни, ее осознание личностью, понимание роли и влияния болезни на жизненное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью. В современной литературе чаще используется более простое определение: внутренняя картина болезни – это вся сумма ощущений, переживаний, представлений, связанных с заболеванием.

Структура внутренней картины болезни может быть различной у больных разных нозологических групп, может зависеть от преморбидных особенностей личности. Неодинаково представлены в сознании отдельные элементы внутренней картины болезни. В её структуре выделяют: сенситивный (чувственный) компонент, отражающий комплекс болезненных ощущений; эмоциональный – переживание заболевания и его последствий; интеллектуальный (рациональный) – знание о болезни и ее реальная оценка; мотивационный, или волевой, связанный с выработкой определенного отношения к заболеванию, целенаправленными действиями по преодолению болезни, изменению образа жизни.

*Сенситивный* компонент внутренней картины болезни складывается из субъективных болезненных ощущений и ощущения дискомфорта. Реакция на боль, ее субъективная оценка изменяются в зависимости от внешних условий, индивидуальных особенностей личности, её отношения к болевым ощущениям. Ожидание и опасение боли повышают чувствительность к ней. Болевые ощущения оцениваются больным не только как признак заболевания, но и как сигнал угрозы для жизни и возможных последствий в виде инвалидизации, изменения профессионального, социального статуса, материального положения.

*Эмоциональный* компонент внутренней картины болезни составляют многочисленные эмоциональные феномены, проявляющиеся на разных этапах формирования болезни, в ходе её течения. Эмоция страха, возникающая в ответ на болевое воздействие, запускает целый комплекс эмоциональных реакций, связанных с болезнью: чувство надежды, переживание печали, отчаяния, безнадежности, скорби, тоски.

Построение концепции, объясняющей пациенту, что с ним происходит, представляет собой *интеллектуальный* компонент внутренней картины болезни. Эмоциональные переживания стимулируют познавательную деятельность, которая направлена на поиск информации.

На этапе построения концепции важную информацию больной получает от врача. Помимо консультаций медицинских работников пациент начинает советоваться с родственниками и знакомыми, которые переживали что-либо подобное, получает информацию из различных СМИ. В результате сконструированная больным концепция заболевания может оказаться субъективной и далекой от реальности. Свое представление о болезни пациент воплощает в конкретных действиях, направленных на преодоление болезненного состояния: он идет на прием к врачу.

Наблюдается определенная динамика внутренней картины болезни с различным соотношением ее элементов на разных этапах заболевания. Вначале могут преобладать эмоциональные элементы. Они могут полностью исчезать. Их место могут занимать результаты рассудочной переработки больным факта заболевания и эмоциональная оценка болезни. Различная по структуре и динамике внутренняя картина болезни создает специфические условия развития перестройки личности больного. Изменение отношения к болезни может способствовать возникновению новой ведущей деятельности у больных. Факторами, определяющими внутреннюю картину болезни, являются преморбидные (доблезненные) биологические и личностные факторы, характер заболевания и его возможные последствия, социальное положение больного и влияние окружения, медицинские факторы.

Преморбидные особенности личности во многом могут объяснить 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. В этом аспекте довольно широкую популярность приобрела классификация типов отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Л. Ивановым (Личко, 1980). По данной классификации типы отношения к болезни могут идентифицироваться и с помощью специальной психологической методики (опросника), разработанной авторами. Данная типология построена исходя из предполагаемого влияния таких факторов, как природа заболевания, отношение к болезни и тип личности.

### **Типы отношения к болезни, которые не предполагают нарушение адаптации**

*Гармонический тип.* Основной признак – реализм, трезвая оценка своего состояния; болезни не придается ни преуменьшенного, ни преувеличенного значения. Пациент обладает четкой «антиципационной самостоятельностью», разрабатывает для себя модели поведения при нескольких вариантах развития болезни; при эффективности или неэффективности лечения. Модели поведения касаются и своего «дела» (работы), и своих близких, о которых он проявляет искреннюю заботу и которых он старается как можно меньше обременять, даже в случае своей смерти.

Гармонический тип при использовании ЛОБИ диагностируется и прямо, и тогда, когда отрицаются все другие типы отношений. Тестирование в ряде больниц и при различной патологии показало, что гармонический тип является наиболее частым (за исключением пациентов со злокачественными новообразованиями) и имеет место у 1/4 – 1/7 больных.

Особенности взаимодействия с пациентами с гармоническим типом отношений, в том числе в плане решения их духовно-социальных проблем, наиболее легок. Пациенты вежливы,

корректны, не назойливы, задают только необходимые вопросы, ценят труд медперсонала.

*Эргопатический тип.* Основной признак – уход от болезни в работу, подчинение себя работе, а не болезни. Пациент рассматривает болезнь как вызов себе и считает, что нет такого недуга, который нельзя было бы преодолеть своими силами. Диагностические и лечебные процедуры такие пациенты рассматривают как досадную помеху своей работе и выполняют их нехотя и с задержкой.

Пациенты с эргопатическим типом – это нередко люди с невыраженной паранойяльной акцентуацией или с поведением в форме сверхценных патопсихологических влечений. Они проявляют твердый независимый характер, но тем не менее непременно нуждаются в проведении упорной психотерапевтической работы, в которую включается и средний медперсонал. Основной тезис психотерапевтического подхода: чрезмерная озабоченность работой и пренебрежение медицинскими услугами могут рано или поздно оказать взаимопогубное действие; ухудшение здоровья пациента, неизбежно следующее за пренебрежением болезнью, приведет к потере работоспособности.

Эргопатический тип отношений особенно характерен для пациентов с сердечно-сосудистыми расстройствами, в том числе с инфарктом миокарда (что особенно опасно).

При общении с такого рода пациентами не следует проявлять назойливость, избегать командного тона и т.п.; все это может вызвать раздражение пациента.

*Анозогнозический тип.* Основной признак – активное отбрасывание мыслей о болезни, неприятие статуса «больного», отрицание очевидного; возникновение недуга пациенты объясняют случайностью и считают его пустяком. Характерен активный отказ от лечения, изобретение «своих» средств терапии (травы, обливания водой, определенные дозы алкоголя).

Анозогнозический тип – один из самых редких. Его формирование может быть следствием заблуждения (иногда активно поддерживаемомуся родными и друзьями). Весьма часто он наблюдается у больных с привычным пьянством и другими формами аддиктивного девиантного поведения, не желающих

лишать себя удовольствий. Наконец иногда отрицание болезни является одной из форм «ухода от невыносимой реальности» (крах здоровья). Тогда это сравнимо с поведением страуса, зарывающего голову в песок.

Психотерапевтическая работа у такого рода пациентов должна проводиться упорно, но она далеко не всегда эффективна. Заблуждения удастся рассеять относительно легко, но повернуть больного лицом к реальности или заставить его отказаться от занятий, приносящих наслаждение, весьма трудно.

### **Типы реагирования на болезнь, для которых характерно наличие психической дезадаптации**

*Тревожный тип.* Пациента преследует постоянная внутренняя тревога, касающаяся всего, что имеет отношение к болезни: ее исход, эффективность лекарств, их возможная опасность, сохранение работоспособности и пр. Отчетливых моделей собственного поведения на будущее он не строит; он жадно ловит слухи, суждения соседей по палате, близких, слишком внимательно наблюдает за малейшими оттенками поведения медперсонала – голосом, жестами, продолжительностью разговора – и часто трактует все превратно («говорила на ходу, значит, ничего не может сделать, значит, я обречен(а)»). Пациент может изучать литературу, касающуюся его болезни (часто рекламно-недобросовестную), находить «новые средства лечения» и просить их немедленного применения. Для таких пациентов характерно обращение к нескольким специалистам параллельно; склонность повторять лабораторные или инструментальные исследования. Свою тревогу они могут перекладывать на близких и друзей, игнорируя при этом их состояние.

При тревожном варианте внутренней картины болезни тревога распространяется на объективные признаки болезни, а не на субъективные ощущения. Ухудшение состояния вследствие основного заболевания или недоброкачественный уход могут привести к развитию у пациентов депрессии.

Тревожный тип отношения наиболее часто развивается у лиц с тревожно-боязливой акцентуацией характера или соответствующим типом расстройств личности. Он один из часто

встречающихся, однако не целиком обусловлен преморбидными чертами характера больных. Некоторые заболевания (например, базедова болезнь) сами по себе могут продуцировать тревогу, которая, сталкиваясь с одноименным типом акцентуации, усиливается. Психотерапевтическая работа у лиц с тревожным типом реагирования на болезнь должна сочетаться с фармакотерапией (транквилизаторы, антидепрессанты) или предваряться ею.

*Ипохондрический тип.* В этих случаях у пациентов также преобладает тревога, однако она направлена не на объективные признаки болезни, а на собственные неприятные ощущения. Пациенты постоянно прислушиваются к своему телу, свои многообразные ощущения классифицируют, нередко записывают, чтобы обо всем рассказать врачу.

Пациенты с ипохондрическим типом отношения к соматической болезни, как правило, преувеличивают ее тяжесть и редко до конца доверяют врачу и среднему медперсоналу. Они могут жаловаться на недоброкачественное лечение и уход, очень болезненно относятся даже к незначительному побочному эффекту лекарств. Намеки на преувеличение ими тяжести собственной болезни вызывают гнев и поток жалоб.

Ипохондрический тип реагирования на болезнь развивается редко, во всяком случае значительно реже тревожного. Он обычен у лиц с соответствующим ипохондрическим воспитанием и при смешанных акцентуациях с сочетанием паранойяльных и тревожных черт.

Психотерапевтические вмешательства, как и в предыдущем случае, должны сочетаться или предваряться фармакотерапией (антидепрессанты, транквилизаторы).

*Неврастенический тип.* Основной чертой является «раздражительная слабость». Вспышки раздражения могут происходить по малейшему поводу (санитарка прошла, не поздоровалась, настольная лампа перегорела; соседи по палате смотрят футбол и т.п.). Раздражительная вспышка гнева сменяется резким утомлением или разряжается слезами. Такие вспышки со слезами и раскаянием происходят и во время свиданий с близкими. Для пациентов характерна нетерпеливость (что также свя-

зано со слабостью тормозных процессов в ЦНС). Они ждут «немедленного улучшения и эффекта лекарств», «немедленной диагностики». Могут по несколько раз на день останавливать медработников с просьбой сообщить результаты анализов, рентгенографии и т.д. Пациенты не переносят резких внешних раздражений: громких звуков, разговоров и смеха в палате, яркого света. Отчетливо выражена невыносимость боли, что создает трудности в работе среднего медперсонала, особенно в хирургическом отделении.

Неврастенический тип отношения к болезни – один из наиболее частых; он неспецифичен, встречается при любой патологии. Психотерапевтические вмешательства у таких пациентов сочетаются с назначением седативных средств; в беседе необходимо сохранять максимальную сдержанность – тембр голоса должен быть мягким, жесты плавными. Следует помнить, что длительный разговор может раздражать и истощать больного.

Неврастенический тип развивается у лиц с астено-невротической или эмоционально-неустойчивой акцентуациями.

*Обсессивно-фобический тип.* Тревожность также характерна, однако направлена она не на состояние болезни в текущий момент и не на внутренние ощущения, а на возможные (часто маловероятные) осложнения болезни, тяжелую инвалидизацию в будущем, болезни членов семьи. Реальные опасности волнуют меньше, чем воображаемые. Защитой от воображаемых неприятностей служат ритуалы, часто нелепые (ходить по одной стороне коридора, постукивать по постели в ожидании прихода медсестры или врача), а также приметы (если врач или медсестра первыми подходят не к нему, то пока неплохо и т.п.). Мысли об осложнениях болезни со временем становятся навязчивыми, больной жаждет избавления от них и обращается за помощью. Обсессии обычно не удается преодолеть самому и даже с помощью психологического воздействия, поэтому психотерапия также сочетается с фармакотерапией (транквилизаторами и/или нейролептиками). Уход за больными с обсессивно-фобическим реагированием на болезнь непростой: пациенты могут проявлять назойливость, высказывая свои опасения одно за другим через небольшие интервалы времени. Манера общения с такими

пациентами также должна быть мягкой и успокаивающей. Особенно вредно проявлять поспешность и нетерпеливость.

Обсессивно-фобическая внутренняя картина болезни часто развивается у лиц с одноименной акцентуацией или расстройством личности, т.е. она обусловлена преморбидными особенностями пациента. Однако неравномерная частота такой реакции при разной патологии говорит о том, что вклад в ее появление нередко вносит сама болезнь, не только преморбид.

*Меланхолический тип.* Для таких пациентов характерна постоянная удрученность, они высказывают неверие в выздоровление, даже в какую-то степень улучшения. Вскользь (боясь быть заподозренными в душевной болезни) они высказывают суицидные мысли («скорее бы все закончилось... разве это жизнь... покончить бы со всем разом» и т.п.). Пессимистически смотрят они и на будущее семьи, близких. Даже если объективные данные говорят о положительной динамике болезни, они остаются пессимистами.

Иногда (в относительно легких случаях) такой тип отношения к болезни обусловлен негативной информацией со стороны, иногда играет роль недобросовестное поведение медперсонала любого уровня. Однако чаще всего речь идет о развитии настоящей депрессии, и, если обращать на пациента мало внимания, он может реализовать свои суицидные мысли и намерения. Депрессия чаще обусловлена переплетением характера заболевания и преморбидных особенностей пациента (например, онкологическое заболевание, даже курабельное у дистимической личности). У таких пациентов фармакотерапия (антидепрессанты) вначале имеет приоритет перед психотерапией; последняя должна активно применяться при затихании депрессии.

Развитие меланхолического типа встречается весьма редко.

*Апатический тип.* Проявления сходны с меланхолическим типом. Больные апатичны, малоподвижны, безразлично относятся к своей судьбе. Диагностическим процедурам и лечению подчиняются пассивно, иногда встают лишь при внешнем побуждении. Утрачиваются и обычные интересы (работа, хобби, чтение, просмотр телепередач), даже к визитам близких пациенты проявляют мало интереса.

В этом случае речь идет больше о развитии одного из вариантов депрессии, и фармакотерапия (антидепрессанты стимулирующего типа) должна предшествовать активной психотерапии. Развитие такого типа ВКБ скорее обусловлено особенностями патологии (злокачественные опухоли, язвенная болезнь с тяжелым течением), чем преморбидными особенностями личности пациентов. Апатический тип отношения к болезни встречается редко.

*Эйфорический тип.* У пациентов с этим типом отношения к болезни постоянно повышено настроение, к диагностическим и лечебным процедурам они относятся небрежно, могут пропустить время, а то и вовсе их игнорировать. Они исповедуют принципы «что будет, то и будет», «пусть все идет, как идет», «что ни делается, все к лучшему» как в рутинной жизни, так и в ситуации болезни. Такие пациенты нередко нарушают режим по вечерам, когда медработников становится меньше; могут алкоголизироваться, ни на йоту не задумываясь, что это не идет на пользу лечению; иногда за нарушение режима их выписывают из больниц. В общении с ними часто приходится использовать прямые приказания. Психотерапию лучше проводить с участием близких.

Следует особо упомянуть, что у некоторых пациентов веселое настроение может быть наигранным, скрывать тревогу и даже серьезную депрессию.

*Дисфорический тип.* Он выделяется не во всех классификациях, указан у В.Т. Волкова (1995). Имеются в виду пациенты с постоянно мрачно-озлобленным настроением, угрюмые, проявляющие зависть и недоброжелательность к соседям по палате, конфликтные, недоверчиво относящиеся к медперсоналу, процедурам и лечению, деспотически и агрессивно относящиеся к посещающим их близким, нередко их унижающие. Естественно, они крайне трудны в уходе и могут активно противиться психотерапии. Такой тип отношения может отмечаться у личностей возбуждимого или эпилептоидного типов.

*Сенситивный тип.* Тревога и озабоченность распространяются не на саму болезнь и не на телесные ощущения, а на то впечатление, какое пациент и сведения о его болезни могут про-

известии на окружающих: близких, сослуживцев, знакомых. Опасения касаются того, что больного начнут избегать, считать неполноценным, относиться пренебрежительно или с опаской, распускать неблагоприятные слухи о причине или природе болезни. Кроме того, такие пациенты боятся стать обузой для окружающих.

Как правило, как в жизни, так и в условиях медицинского учреждения, это робкие, застенчивые, деликатные люди. Они склонны к «извиняющемуся» стилю поведения, боятся беспокоить медперсонал «по пустякам» (пусть даже это и не пустяки) и не представляют трудностей в уходе. Психотерапевтические рекомендации они принимают с благодарностью.

Распространенность сензитивной внутренней картины болезни приблизительно одинакова при любой патологии, т.е. решающим в формировании этого типа; отношения к болезни являются преморбидные особенности пациента (астено-невротический, эмотивный типы акцентуаций).

*Эгоцентрический тип.* Уже из самого названия символа следует, что главная черта таких пациентов – стремление поставить себя в центр интересов медперсонала и близких, завладеть их вниманием и выставить свои страдания напоказ. Жалобы их разнообразны, преувеличены; предъявляются с театральным тоном и жестами с целью вызвать жалость, показать свою исключительность и редкий характер своей болезни. При обходах они стараются переводить разговоры медперсонала на свои страдания, а в истинно тяжелобольных видят конкурентов. Они исключительно эгоистичны. Если они страдают сосудистой мозговой патологией, утверждают, что очаг поражения находится в самом необычном месте: например, аневризма в самой глубине мозговой ткани; если страдают инфекционным заболеванием, утверждают, что вызвал его самый необычный экзотический микроб или самый новый вирус.

Цель такого поведения: «создание условной приятности или желательности болезни» (И.П. Павлов) как выхода из трудной ситуации. Естественно, пациенты крайне трудны в уходе, и любое, даже мелкое проявление невнимания, используют как повод для конфликтов или шантажа. Обычны их мелкие ссоры с сосе-

дями по палате. Постоянны конфликты и с близкими, поэтому последних затруднительно использовать как помощь в психотерапии. При общении с такими пациентами оптимальными являются предельная корректность, немногословность, ссылки на крайнюю занятость.

Решающим в формировании эгоцентрического типа являются преморбидные особенности – демонстративная акцентуация, истерическое расстройство личности. В то же время такой тип отношений более распространен при одной патологии, чем при другой (например, при бронхиальной астме несравненно чаще, чем при инфаркте миокарда или злокачественных новообразованиях), т.е. играет роль и характер соматического страдания.

*Паранойальный тип.* Пациенты уверены, что болезнь произошла в результате чьего-то злого умысла («сглаза», «порчи», даже отравления со стороны соседей или ненавидящих их родственников). Соответственно, попадая в стационар или находясь под длительным амбулаторным наблюдением, они также проявляют заметную паранойальную настроенность: с недоверием относятся к каждому вновь назначаемому лекарству или процедуре, особенно много выпытывая о возможных вредных последствиях назначения. Подозрительно относятся к персоналу, особенно новичкам. Они почти никогда не верят в правомерность диагноза, подозревая, что от них скрывают другую тяжкую болезнь. Для таких пациентов характерно кверулянтное поведение (сутяжничество) – они пишут жалобы на медсестер и врачей, даже на студентов-практикантов, не прощая малейших промахов. При неудовлетворении их жалоб обращаются письменно во все более высокие инстанции. Конфликтуют они и с соседями по палате.

Как правило, психотерапевтические мероприятия неэффективны, а к психотропным средствам, назначаемым для смягчения агрессивности, они относятся с недоверием, и принимать их отказываются. При общении с ними следует соблюдать максимальную осторожность и корректность – не давать повода для жалоб. Впрочем, при грубом разнузданном поведении таких пациентов, при конфликтах не следует идти у них на

поводу, а намекнуть на вынужденный перевод в другую палату, под наблюдение другого врача, медсестры, на необходимость психиатрического консультирования, даже на выписку. Нередко уверенный императивный тон приводит по крайней мере к временной нормализации поведения пациента. Паранойальный тип большей частью обусловлен преморбидными особенностями больного.

Система отношений, связанных с болезнью, может не укладываться ни в один из описанных типов. В таком случае говорят о смешанном типе, но бывают случаи, когда нельзя выделить тип отношения к болезни.

Возраст, пол, темперамент, мировоззрение, воспитание, профессия пациента часто оказывают существенное влияние на его отношение к болезни.

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, навязанными переживаниями страха уколов, других медицинских манипуляций.

Дети воспринимают болезнь прежде всего на сенситивном уровне. Исчезновение болей и недомогания заставляет их забыть о болезни; они начинают играть, шалить, развлекаться. Появление неприятных ощущений делает их капризными, а непонимание опасности делает для них бессмысленными все болезненные и неприятные процедуры (уколы, горькие лекарства, лечение зубов).

Подростковый и юношеский период характеризуется тем, что на первый план выступает забота о своей внешней привле-

кательности и сексуальности. В этот период наиболее тяжело переживаются болезни, влияющие на внешний вид (кожные заболевания, алоpecia, пигментные пятна, ожирение). Это заставляет подростков предпринимать чрезвычайные, порой болезненные, усилия по улучшению своей внешности. Одним из опасных расстройств у девушек может быть нервная анорексия. При проведении операций в этом возрасте надо позаботиться о косметических качествах рубцов. У подростков наиболее часто формируются защитные явления типа «ухода в прошлое», которое оценивается ими как эталон счастья, или «ухода» от болезни в фантазии и своеобразной устремленности в будущее (тогда болезнь воспринимается как временная преграда).

В период зрелости на первый план в иерархии потребностей выступают карьера и семья. Чувство ответственности за свое дело часто заставляет пациента надолго откладывать обращение к врачу, пренебрегать советами врачей, забывать о приеме лекарств. Лица зрелого возраста будут более психологически тяжело реагировать на хронические и инвалидизирующие заболевания. Это связано также с системой ценностей, и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять такие социальные потребности, как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности и пр.

Также не следует исключать того, что обострения болезней в этом возрасте также часто связаны с проблемами на работе. В этом случае болезнь может восприниматься как желанная передышка, а выздоровление – как возвращение в неблагоприятную атмосферу.

Для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти. Инфаркт, инсульт, злокачественные опухоли страшны для них не тем, что могут приводить к потере трудо- и работоспособности, а тем, что ассоциируются со смертью.

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.

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.

В старости болезни нередко становятся основным способом заполнить свободное время, добиться внимания занятых собою детей, пообщаться. Поэтому так часто у стариков мы наблюдаем стремление регулярно посещать врачей, обсуждать свое здоровье со знакомыми. В то же время отношение к болезням становится более спокойным, наполненным житейской мудростью.

Женщины лучше переносят болевые ощущения вследствие физиологических особенностей. Кроме того, для них менее травматичными являются ограничения активности и подвижности (они все же менее озабочены работой). Однако субъективное переживание болезни у них усугубляется ограничением общения.

Тяжесть субъективных переживаний нередко определяется видом занятости: например, заболевания верхних дыхательных путей приводят к выраженной тревоге у оперного певца; остеохондроз – у спортсмена; гипертоническая болезнь – у людей, занятых операторской деятельностью.

Отметим, что болевые ощущения и ограничения подвижности тяжелее переносятся индивидуумами с холерическим и меланхолическим темпераментом.

В определенных семьях воспитывается либо стоическое, либо ипохондрическое отношение к болезни. Стоическое воспитание отвергает повышенное внимание к собственному телу, и от подростка требуют, чтобы он продолжал вести тот же образ жизни, что и до болезни. Ипохондрическое воспитание предписывает повышенное внимание к своему телу, улавливание первых же признаков болезни, обращение к окружающим за помощью, что, естественно, будет иметь место в условиях стационара или при амбулаторном наблюдении.

Глубоко и искренне верующие люди спокойнее, с меньшей долей тревоги и неуверенности относятся к болезни. Воинствующие атеисты скорее станут искать «виновников» своей болезни и затевать конфликты. Среди искренне верующих распространены следующие мнения о происхождении своего заболевания: кара, испытание, посланное свыше, расплата за грехи предков, назидание другим, болезнь нередко рассматривается как неизбежность или следствие собственных ошибок.

С другой стороны, среди людей суеверных, но не обязательно верующих распространены суждения о происхождении болезни как следствия зависти, ревности, «сглаза» и т.п., что порождает параноидную настроенность пациента.

Знание всех перечисленных факторов помогает в коррекции дисгармоничной внутренней картины болезни с помощью различных психотерапевтических приемов.

Учет внутренней картины болезни, которая формируется в защитных целях для снижения напряжения и преодоления трудностей, вызванных заболеванием, представляет значительные возможности для целостного понимания больного не только как носителя симптоматики, но и как человека со специфически измененным жизненным стилем.

Заболевание, особенно тяжелое, приводит к психологическим переживаниям и становится самостоятельной психической травмой. На начальных стадиях заболевший человек, как правило, находится в растерянности, не понимая, что с ним происходит, к каким последствиям это может привести. Он напуган, не может планировать события своей жизни, теряет контроль над ситуацией. По мере установления диагноза и начала терапии

первоначальный страх пациента сменяется беспокойным ожиданием изменений. Колебания самочувствия, особенно в самом начале терапии, часто приводят к сомнениям больного, неуверенности в возможности излечения, компетентности лечащего врача. Пациент оказывается в ситуации, которая считается одной из самых трудных, – в ситуации неопределенности и ожидания с непрогнозируемым исходом. Естественной, наиболее частой эмоциональной реакцией на нее является тревога. В такие периоды для больного особенно важна твердая позиция врача, простые, логически ясные объяснения, его уверенность и оптимизм. Пациент ищет во враче «психологическую опору» и успокаивается, если видит с его стороны неизменную заинтересованность, внимательность, эмпатическую позицию. В случае, когда болезнь приобретает хроническое течение, периоды неуверенности и беспокойства появляются все чаще, накладывая своеобразный психологический отпечаток на эмоциональные реакции и поведение больного. Следует отметить, что тревожно-мнительная акцентуация характера у таких больных ухудшает прогноз любого заболевания.

Реакция «ухода в болезнь» заключается в том, что пациент, сосредоточиваясь на своем болезненном состоянии, ставит его в центр собственных интересов, отношений, игнорируя все то, что не связано с заболеванием. Болезнь избавляет от необходимости разрешать сложные жизненные ситуации, служит оправданием профессиональной или личной несостоятельности, приобретая, таким образом, значение «условной приятности», «условной желательности». Реакция «ухода в болезнь» может формироваться у лиц с истероидными чертами, завышенный уровень притязаний которых при недостаточных способностях и отсутствии длительного волевого усилия не позволяет им добиваться поставленных целей, признания и восхищения со стороны окружающих. Наличие заболевания дает таким пациентам возможность получать внимание, сочувствие и заботу, удовлетворяя в определенной степени эгоцентрические интересы истероидной личности. Психологическая реакция «ухода в болезнь» может наблюдаться также у лиц астено-невротического типа с их высокой чувствительностью, непереносимостью чрезмерных

нагрузок (физических, эмоциональных, интеллектуальных) и склонностью к ипохондрии.

Из реакций на информацию о заболевании, эмоциональных реакций и реакций преодоления болезни складываются психосоциальные реакции на болезнь. В формировании психологической реакции пациента на заболевание участвует отношение к нему и к болезни в данной социальной группе, что влияет на формирование «социальной престижности» болезни. В психологической реакции пациента на заболевание имеет значение то, как к нему относятся родственники, друзья, значимые лица из окружения заболевшего. Пациент, лишенный внимания и заботы со стороны близких, будет, скорее, стремиться вернуться к профессиональной деятельности, чтобы возратить себе утраченное вследствие болезни расположение членов семьи.

### **Типы личностного реагирования на болезнь**

Выделяют следующие формы психологического реагирования в ситуации болезни: диссимуляция и аггравация. Эти типы личностного реагирования на болезнь отличаются осознанным искажением оценки болезни.

При *диссимуляции* пациент, отдавая себе отчет в том, что он болен, сознательно скрывает симптомы болезни, прикладывает значительные усилия, чтобы скрыть от окружающих их наличие: продолжает выполнять в прежнем объёме свои профессиональные, семейные, социальные обязанности. Несмотря на то, что по мере развития заболевания скрывать симптомы становится всё труднее, пациент упорно продолжает держаться выбранной им линии поведения. Во врачебной практике поведение диссимуляции часто встречается в тех случаях, когда болезнь угрожает потерей трудоспособности, профессионального, социального, материального статуса. Часто в этом случае больные начинают использовать копинг-стратегию отвлечения или ухода в деятельность. Реакция диссимуляции встречается также у лиц, страдающих «социально непрестижными» болезнями, испытывающих стыд, страх и чувство вины перед окружающими. Диссимуляция характерна для больных венерическими заболеваниями, СПИДом. Поведение диссимуляции может наблюдаться также при психических заболеваниях, что связано не только со

страхом осуждения со стороны окружающих, но и с социальными последствиями болезни, накладывающими ограничения на определенные профессии. Реакция диссимуляции встречается у онкологических больных, которые предпочитают переносить боль и дискомфорт, связанный с болезнью, чем подвергнуться хирургическому лечению, проходить курсы химиотерапии.

*Аггравация* – умышленное преувеличение имеющихся симптомов физического или психического расстройства, тяжести состояния. При аггравации пациенты стараются представить реально существующее заболевание или болезненное состояние более тяжелым и опасным, чем это есть на самом деле. Аггравация может наблюдаться у лиц с истероидными чертами характера. Болезнь используется такими пациентами с демонстративно-шантажными целями: для того чтобы привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, добиться каких-либо выгод, манипулируя чувствами окружающих людей.

Поведение аггравации характерно для пожилых пациентов, которые, испытывая нередко страх одиночества, боясь в любой момент оказаться в беспомощном состоянии, стремятся привлечь к себе внимание врачей, медицинского персонала, продлить срок пребывания в стационаре. Оно наблюдается также у больных при оформлении группы инвалидности, перед призывом на службу в Вооруженные силы, при проведении судебно-медицинской экспертизы.

*Симуляция* определяется как сознательное предьявление симптомов болезни, которой данное лицо не страдает. Поведение симуляции не является реакцией на заболевание, так как последнее отсутствует. Симуляция наблюдается в тех случаях, когда болезнь приносит человеку какую-либо выгоду. Обычно мотивом симуляции являются, как и при аггравации, какие-либо корыстные цели. Поведение симуляции наблюдается преимущественно у людей с низким уровнем образования, не информированных в области медицины, наивных и социально незрелых, либо у лиц опытных, имеющих медицинское образование или работающих в здравоохранении, которые хорошо знают изборажаемый ими вид патологии.

### **3.4. Стратегии преодоления и психологические защиты в медицинской практике**

Болезнь и лечебное вмешательство почти всегда представляют собой определенный стресс и блокирование актуальных потребностей человека. Поэтому поведение как пациентов, так и медицинских работников постоянно находится под влиянием копинг-стратегий и психологических защит.

Наиболее конструктивными являются стратегии, нацеленные на получение конкретного желаемого результата. Так, например, согласие на операцию, попытки найти отсутствующее в аптеке лекарство, планомерное проведение всех анализов, необходимых для госпитализации, относятся к наиболее продуктивным действиям в ситуации стресса. Такое активное преодоление проблемы больше характерно для застревающих, гипертимных и педантичных личностей.

Стратегии, направленные на дистанцирование от проблемы и избегание, часто выражаются в отказе от операции, обращении к колдунам, экстрасенсам, священникам, от которых ожидается мгновенное магическое избавление от недуга. Это пассивные способы совладания со стрессом. Во многих случаях они создают существенные проблемы для адаптации, становятся причиной позднего начала лечения. Мы также уже говорили об опасности поведенческого избегания в форме злоупотребления алкоголем и наркотиками. К избеганию весьма склонны интровертированные, дистимические, демонстративные личности. Однако и у пациентов с другими вариантами акцентуации такая тактика бывает нередкой. Так, к приему алкоголя в состоянии тревоги нередко прибегают тревожно-мнительные (педантичные), возбудимые и гипертимные личности.

Стратегии эмоционального отреагирования заключаются либо в оскорблении и преследовании соседей по палате и медицинских работников, либо в стремлении поделиться своим горем, получить понимание и сочувствие. Такая тактика весьма характерна для людей с преобладанием первой сигнальной системы (демонстративные и возбудимые). Еще более настойчивыми в стремлении наказать обидчика (часто через суд) бывают застревающие люди. К сожалению, сочувствие и яркое выраже-

ние гнева не приближают человека к выздоровлению и избавлению от проблем.

Важно, чтобы сами медицинские работники старались замечать в своем поведении неконструктивные стратегии преодоления: бессмысленный гнев, попытки «отдохнуть от больных» с помощью спиртного. Образ врача обычно ассоциируется с активной борьбой с болезнью. Поэтому совет врача «поставить свечку за выздоровление и успех операции» звучит как признание в беспомощности, снижает доверие к медицине. Поскольку врачебная деятельность является коллективным продуктом, не следует забывать о возможности обращения за советом и помощью во всех случаях, когда в одиночку невозможно полноценно провести диагностику и лечение. Боязнь или нежелание врача обращаться за поддержкой можно рассматривать как существенный профессиональный недостаток.

Особенно важно обнаруживать в себе и пациенте незрелые, примитивные варианты психологической защиты, поскольку они могут вызвать серьезные проблемы в процессе оказания медицинской помощи. Так, примером отрицания может быть уверенность больного в том, что выставленный врачом диагноз — это ошибка. Довольно часто приходится наблюдать такие высказывания у гипертимных личностей. Они улыбаются, успокаивают врача, утверждают, что «все будет хорошо», «я крепкий — все обойдется». Такие пациенты хвалят обстановку в больнице, стараются помогать другим, не замечая собственной болезни. Избегание относится к крайне примитивным формам защиты, оно может проявляться у больных неожиданным заявлением, что он «расхотел» лечиться: например, больной алкоголизмом заявляет, что не хочет кодироваться от спиртного, потому что уверен, что не выдержит долго без выпивки. Медицинский работник тоже может продемонстрировать избегание, если он отказывается от предлагаемого ему повышения квалификации, смены профиля работы на более интересный, аргументируя это тем, что ему это слишком сложно.

Регрессия нередко наблюдается у демонстративных личностей, которые в ситуации конфликта начинают вести себя по-детски, хныкать, громко причитать. Это не зависит от возраста

пациента – органические заболевания мозга (слабоумие) также могут способствовать такому неконструктивному поведению. Идеализация в виде громкого восхваления медицинских работников должна настораживать врача: ведь она основана не на понимании его достоинств, а на детском страхе болезни, которую может победить только маг и волшебник. Появление побочных эффектов, отсутствие быстрого прогресса в лечении в таком случае часто вызывают разочарование и резкое изменение отношения к врачу (демонизация). Идентификация (невольное копирование) весьма характерна для молодых врачей, не имеющих собственного опыта общения с пациентами и их родственниками. Свою неуверенность они часто маскируют грубоватыми, самоуверенными фразами, заимствованными у их старших коллег. Отреагирование весьма характерно для пациентов с чертами эмоциональной незрелости, которые не находят другого способа выразить свое недовольство: так, пациент, раздраженный выговором своего врача, может не явиться на следующую назначенную встречу, предупредив врача о том, что обязательно будет. Довольно часто проявлением отреагирования бывают потеря и порча документов, необходимых для госпитализации. У возбудимых личностей одним из способов отреагирования может быть эпизод неуправляемого пьянства.

Невротические защиты обычно не наносят существенного урона адаптации человека, однако при их стереотипном избыточном их использовании поступки человека теряют приспособительный характер, он слишком часто отказывается от активного преодоления проблемы. В медицинской практике это может выражаться в возникновении невроза. Однако проявлением защит могут быть не только психические, но и соматические расстройства. Так, обострение язвенной болезни, приступы стенокардии и бронхиальной астмы нередко играют защитную роль (механизм соматизации), оправдывают невозможность справиться с поручаемым заданием, помогают уйти от семейных проблем через госпитализацию и пр. Обычное соматическое лечение в этом случае не дает ожидаемого эффекта, а приближение выписки из больницы ухудшает самочувствие пациента. Врачу нередко приходится сталкиваться с вытеснением, когда

пациент заявляет, что он забыл прийти на очередную процедуру, забыл купить лекарство или выполнить задание, данное врачом. Чаще всего это означает, что человек недоволен данным ему поручением, не согласен с ним. С другой стороны, врача может удивлять, что после жесткого разговора с пациентом на следующий день он ведет себя так, как будто ничего не случилось. Это пример вытеснения, и не следует воспринимать ситуацию как полное разрешение конфликта, потому что в самый неожиданный момент пациент может вдруг «вспомнить» о ссоре и обрушить на врача поток упреков. Более всего вытеснение характерно для демонстративных личностей.

Проекция весьма характерна для людей с чертами застреваемости. Они нередко оценивают окружающих как завистливых, эгоистичных, расчетливых, хотя вернее всего эти описания подходят к ним самим. Такие пациенты легко формируют свои собственные концепции относительно целей врачей. Например, отказ в назначении лекарства они тут же объясняют не тем, что врач не видит в этом пользы, а тем, что лекарство дорогое и предназначено для «своих». Отсутствие улучшения после лечения расценивается ими как признак некомпетентности или злого умысла со стороны врачей. Врач, склонный к проекции, будет обвинять в осложнениях не себя, а больного.

Рационализацию часто используют люди с преобладанием второй сигнальной системы (педантичные, интровертированные). Испытывая тревогу, пациент может с интересом читать специальную медицинскую литературу и успокаиваться, если в книге написано, что эффект лекарства обычно наступает не сразу, а спустя некоторое время.

То, что операция откладывается, пациент легко объясняет тем, что решение врача основано на заботе о нем, что это даже лучше, если болезнь более четко «оформится и созреет». Врач также может применять рационализацию, например, уверяя себя в том, что то, что его не послали в выгодную командировку, даже лучше для него, поскольку дома у него будет больше времени для завершения работы над диссертацией.

Весьма опасные последствия может иметь применение гиперкомпенсации. Она заключается в том, что человек ведет

себя прямо противоположно возникающим в нем подсознательным импульсам. Так, тревожный, боязливый человек действует безрассудно смело, скупой – чрезмерно щедро. Считается, что среди людей, ведущих борьбу с употреблением наркотиков, гомосексуализмом, национальными меньшинствами, распространением порнографии, встречаются те, кто таким образом пытается побороть в себе интерес к этим скандальным темам. А. Адлер считал, что жестокость немецких националистов можно объяснить попыткой компенсировать свои чувства страха и беспомощности. Поэтому врачам, склонным к пониженной самооценке, следует быть осторожными, чтобы не обидеть пациентов и коллег своей неожиданной напористостью, безапелляционностью, самоуверенностью. Такая ложная самоуверенность выражается в удивительном упрямстве, которое часто только вредит всем. Больной также может компенсировать свой страх показной непроницаемостью: например, тревожно-мнительный пациент может упрямо настаивать на операции, которой он очень боится, или затягивать обращение к врачу по поводу симптомов, напоминающих рак, так как уверен, что лично у него «рака быть не может».

Обесценивание и поворот против себя обычно указывают на снижение настроения, дистимический склад характера и часто наблюдаются при депрессии. В этом случае люди не видят никаких положительных перспектив, а это заставляет их отказаться от борьбы с трудностями. Весьма часто обесценивание становится причиной отказа от лечения и оперативного вмешательства. Так, больной со злокачественной опухолью в состоянии депрессии может активно отказываться от операции на том основании, что в такой ситуации «ничего не помогает». Другой причиной отказа от операции может быть подавление цели, когда человек утверждает, что не рассчитывает на полное излечение, а хочет лишь немного подправить свое состояние таблетками.

Замещение часто становится причиной навязчивых мыслей и страхов как у пациента, так и у врача. У людей с тревожно-мнительным характером это может проявляться чрезвычайным вниманием к приметам, счастливым и несчастливым знакам,

талисманам. Такая суеверность кажется довольно безобидной, но вера в несчастливые приметы может стать причиной бессмысленных раздумий, неожиданного и нелогичного изменения своей точки зрения на противоположную. Аннулирование тоже связывают с верой в магическое, но символическое действие в данном случае спасает не от страха, а от чувства стыда за совершенный ранее поступок. Таким образом, подарок или комплимент может быть проявлением не только искренней благодарности, но и невольным стремлением загладить вину.

Зрелые защиты практически никогда не становятся причиной конфликтов между пациентом и врачом. Многие поступки, основанные на зрелых защитах, вызывают уважение и восторг окружающих, поскольку выражаются в благородных чувствах самоотверженности и борьбы за высшие идеалы. Но не следует забывать о том, что человек не может пренебрегать своими собственными интересами, т.е. благородные поступки совершаются в первую очередь на радость того, кто их совершает. Врачебная профессия, как одна из самых гуманных, позволяет человеку получать огромное наслаждение от помощи людям. Однако, по меткому замечанию К. Юнга, каждому благородному образу противостоит его антипод – «тень». Говоря языком сказок, чтобы получить любовь принцессы, нужно победить дракона, хотя, по преданиям, победитель сам может превратиться в дракона. Таким образом, благородная цель победить болезнь дает врачу право на причинение боли, в этом случае применение зрелых защит может позволить совершить зло во имя добра («Немного потерпите, сейчас будет больно»). Так, используя защитный механизм подавления, врач может на время забыть о страданиях пациента и злоупотребить терпеливостью и выносливостью больного. В другом случае, заботясь

Знакомство с различными стратегиями поведения человека в ситуации стресса дает врачу много полезной информации для правильной диагностики личности, помогает более точно прогнозировать поступки пациента. Известно, что личностные акцентуации предрасполагают к преимущественному использованию ограниченного круга стратегий совладания и защитных механизмов.

### 3.5. Синдром эмоционального выгорания

В последние годы большое внимание уделяется проблеме профессиональной деформации личности людей «помогающих профессий» (учителей, психологов, социальных работников, врачей). Отмечено, что даже самый тщательный отбор для работы в этих областях людей, способных к сопереживанию, не может противодействовать нарастающему формализму, отстраненности, раздражению, которые появляются у них через несколько лет работы. Это явление было названо *синдромом выгорания*. Его классическое описание (Маслач К., 1977) включает эмоциональное истощение, чувство потери своего «Я» (разочарование) и недовольство своими достижениями. Практически всегда возникает раздражение по поводу поведения как пациентов, так и коллег, сомнения в правильности выбранной профессии, склонность к стереотипиям в мышлении, формализм, идеи самообвинения, чувство утраты смысла жизни. Описывают и физические жалобы: нарушения сна, аппетита, колебания артериального давления, боли в мышцах и суставах, обострение психосоматических заболеваний. Крайне негативными последствиями выгорания бывают злоупотребление психотропными средствами и алкоголем, прием наркотиков и стимуляторов.

Некоторые психологи рассматривают эмоциональное выгорание как одну из психологических защит, которая развивается в ответ на хронический стресс в условиях, когда человек не может откровенно выразить свои чувства и вынужден постоянно скрывать свои переживания от собеседника. Таким образом, описанный синдром – это форма невроза, проявление стереотипного и неадаптивного способа применения данной защиты.

Факторы, связанные с повышенным риском синдрома эмоционального выгорания у врачей:

- высокая напряженность работы, отсутствие необходимого отдыха, длинный рабочий день (дежурства);
- монотонность труда, нечеткость поставленной цели;
- отсутствие возможности служебного и личностного роста;

– неэффективное руководство (неуважение сотрудников, признание заслуг, терпимое отношение к аморальным поступкам, критика инициативы, невнимание к бытовым проблемам);

– особый склад личности с преобладанием самоотверженности и романтического отношения к профессии.

В литературе обсуждается вопрос о том, все ли люди подвержены данной патологии в условиях стресса или существуют личности, предрасположенные к ней. Вероятно, эмоциональное выгорание можно наблюдать у любого человека, однако замечено, что патологические формы реагирования чаще отмечаются у людей ответственных, склонных выполнять некоторый избыток работы (порой вне рамок должностных обязанностей), испытывающих романтическое отношение к своей профессии, рассматривающих ее как «служение людям».

Напряженность работы может двояко влиять на самочувствие человека. Так, наблюдения показывают, что и слишком легкая, не соответствующая квалификации человека, и слишком тяжелая, требующая чрезмерного напряжения сил работа существенно повышает риск развития депрессии.

Неэффективное руководство можно рассматривать как один из определяющих факторов формирования эмоционального выгорания. Любое принижение роли подчиненных, неуважение их достижений, противодействие карьерному росту резко снижают заинтересованность в работе, вызывают усталость и разочарование. Особенно обижают людей терпимое отношение к аморальным поступкам, отсутствие наказания за халатность, беспринципность и цинизм руководителя.

Параллельно с исследованиями феномена эмоционального выгорания изучается *синдром хронической усталости* (CFS – Chronic fatigue syndrome). Первым сообщением о данном синдроме был случай 1957 г. в английском госпитале «Royal Re», когда практически весь персонал оказался пораженным доселе неизвестной болезнью. В дальнейшем подобные эпидемии наблюдались в больницах Южной Африки. Высказывалось предположение о вирусном происхождении заболевания, несмотря на то, что никаких объективных признаков инфекции по данным анализов обнаружено не было. Противники вирусной концепции

предполагают психогенное происхождение данного расстройства. Симптомы хронической усталости напоминают описанные ранее: нарушение внимания, раздражительность, расстройства сна, мышечная слабость, обмороки. Признаки чрезмерной усталости развивались у медицинских работников резко на фоне активной продуктивной деятельности. В целом феномен хронической усталости трудно отличить от астенического синдрома и мягкой депрессии.

Для профилактики и лечения хронической усталости и эмоционального выгорания предлагаются различные методики. Нередко рекомендуются релаксационные методики, но их эффективность бывает невысокой. Обычно после отдыха не наступает желанное расслабление, сама перспектива выхода на работу вызывает неприятные чувства и раздражение. Гораздо эффективнее бывают меры релаксации, если они организованы руководством предприятия, поскольку это оценивается как знак уважения к сотрудникам и заботы о них.

Важнейшим фактором профилактики эмоционального выгорания, вероятно, следует считать удовлетворение потребности в самореализации, которая является центральным понятием гуманистической психологии (в концепции К. Юнга этот процесс обозначается как поиск самости и индивидуализации). В профессиональной деятельности движению к самореализации способствуют карьерный рост, повышение квалификации, освоение новых методик и технических средств, возможность выразить себя в обучении молодых специалистов (наставничество), написании рекомендаций и руководств, чтении лекций. Важно, чтобы все эти виды деятельности не превращались в скучный ритуал. Формализм стандартных циклов повышения квалификации, отсутствие реальной пользы от них только деморализуют слушателей, усиливают чувство бесперспективности.

Достижению самореализации сильно мешают отчаянная борьба за собственный престиж и боязнь показаться некомпетентным. Страх автоматически включает неосознаваемые психологические защиты («Зачем мне это нужно»), что не позволяет человеку заметить пробелы в своих знаниях, значит, отвлекает его от самообразования. Гораздо полезнее сразу признать

свою некомпетентность в том вопросе, по которому вы не имеете достаточных знаний, а затем попытаться компенсировать свое незнание, почитав необходимую литературу или спросив у эксперта.

Удовлетворить потребность в самореализации можно не только в профессиональной деятельности – она может быть достигнута в семейной жизни, воспитании детей, увлечениях, взаимодействии с друзьями. В этом смысле врач должен стремиться к разнообразию жизненных целей, ограничение всех интересов только работой делает его позицию очень хрупкой: любая неудача на работе или даже длительный период отсутствия прогресса могут вызвать депрессию и чувство бессмысленности жизни. Избавиться от чувства неудовлетворенности помогает возможность поделиться своими мыслями о работе с членами семьи.

Эффективным способом преодоления эмоционального выгорания считают искреннее общение с коллегами, обсуждение своих проблем, совместный поиск решения. Известный венгерский психолог М. Балинт (1896–1970), ставший впоследствии президентом Британского психоаналитического общества, вместе со своей супругой Э.Ф. Айххольц с 1950 г. начал групповые занятия с практикующими врачами, которые позже были названы балинтовскими группами.

Такие группы собираются два-четыре раза в месяц. Присутствующий психотерапевт лишь направляет беседу, не допуская обвинений в некомпетентности, привлекая внимание не к диагностическим, а к психологическим аспектам врачебной деятельности. Каждому врачу предоставляется возможность выйти в центр круга и рассказать по памяти случай из практики (особенности психики пациента, трудности в его семье, сложности в отношениях доктора и больного, трения в общении с коллегами), который вызвал у него запоминающиеся чувства. После ответа на возникшие вопросы он выходит из круга и следит за обсуждением, в котором его коллеги пытаются понять психологические причины внутреннего конфликта, предлагают свои варианты действия в подобной ситуации. Таким образом, врач получает опыт, замечая сначала ошибки в поступках своих коллег,

а потом сравнивая их со своим собственным поведением. В настоящее время представители Международного балинтовского общества работают практически во всех странах мира, в России наиболее активная работа в этом направлении проводится в Санкт-Петербурге.

### **3.6. Психологические эффекты и негативные последствия лечебного процесса**

#### **Негативные последствия лечебного процесса**

**Ятрогения.** В начале XX в. швейцарский психиатр Е. Блейлер подчеркивал, что разные формы недисциплинированного медицинского мышления могут наблюдаться на любом этапе сопровождения больного, что особенно значимо тогда, когда больной уже обеспокоен своим состоянием и становится особенно предрасположенным к вольным толкованиям своего самочувствия. Этому способствуют предрассудки, предубеждения, с которыми пациент идет на прием к врачу, элементы недоверия к медицине, а иногда и страх перед предстоящей процедурой. Такие пагубные самовлияния больного называются эгогениями. Необходимо отметить, что в связи с увеличением новых сведений и возможностей медицины становится более значимой ответственность врача и тем больше возможность того, что врач или другой человек в результате какой-либо неосведомленности причинит больному вред.

Под *ятрогенией* понимается неблагоприятное изменение психики, возникающее в результате намеренного внушающего воздействия медицинского работника на пациента, способствующее появлению психических травм, неврозов; это заболевание или осложнение заболевания, вызванное тяжелыми переживаниями больного вследствие слов и действий врача или медицинской сестры, оказавших на больного отрицательное влияние.

Врач обязан следить за своими словами, говорить осторожно, целенаправленно и продуманно. Это особенно значимо для пациента, который находится в состоянии страха и тревоги. В нем чувство надежды и доверия сочетается с чувством страха и неуверенности. В значительной степени от влияния окружаю-

щей среды зависит, какой из этих компонентов перевесит. Следовательно, можно сказать, что ятрогения является своего рода «отрицательной психотерапией».

Источники ятрогении:

1. Некоторые ситуации и обстоятельства: неправильно проводимое медицинское просвещение и популяризация данных медицинской науки может стать коллективным источником психической ятрогении.

2. Особенности личности медицинского работника, прежде всего врача: излишне безапелляционные высказывания, чрезмерное самомнение. Больному врач такого типа легко внушает свои мысли и чувства.

3. Особенности личности больного: боязливый, неуверенный, эмоционально ранимый человек.

Ятрогении могут возникать вследствие неосторожного комментирования медицинским работником особенностей заболевания больного. Таким образом, ятрогения – это психогенная реакция, вызванная неправильным, непродуманным действием врача. Например, часто кардиофобия может развиваться у лиц, склонных к невротическим реакциям, особенно после того, как врач скорой помощи предписывает постельный режим больному, перенесшему кардиогенный приступ.

Известно немало случаев, когда в возникновении ятрогенных заболеваний различной степени выраженности бывает повинен средний медицинский персонал. Такие ятрогении называются *сорогениями*.

Следует отметить, что формирование ятрогений зависит от возрастных особенностей: дети и пожилые более внушаемы. Ятрогения опасна не только для больного человека, но и для членов его семьи, поскольку родственники могут считать себя виноватыми в возникновении этих расстройств. Ятрогенные повреждения вызывают не только невротические расстройства, но и суициды.

Внутри этой группы болезней выделяют ятропатии и дидактогении.

*Ятропатии* – это отрицательные последствия для больного неправильных действий или назначений врача или необоснованного использования инструментально-лабораторных исследова-

дований в ущерб здоровью больного. Ятропатия (соматическая ятрогения) может возникнуть не только по вине медицинского работника, но и в результате неясностей и нерешенных проблем, вытекающих из современного уровня медицины, а также вследствие необычной и неожиданной патологической реакции больного, например на лекарство, которое в других случаях не вызывает осложнений.

Классификация ятропатий:

1. Ятропатия травматического происхождения (травмы ребенка во время родов, последствия неправильно выполненной операции, анестезии, пункции).

2. Ятропатия интоксикационного происхождения (ошибочная доза лекарств, неправильное сочетание лекарственных средств).

3. Ятропатия инфекционного происхождения (неблагоприятные последствия после применения вакцин, сывороток).

4. Ятропатия организационного происхождения (неправильная организация обследования, лечения и ухода за больным).

*Дидактогении* – все формы отрицательного воздействия воспитательного влияния, вызванные ошибками воспитателей и педагогов.

**Стигматизация.** Под *стигмой* имеется в виду устойчивая стереотипизированная характеристика личности (ярлык), фиксирующая за ней то или иное качество, предполагающее негативную социальную оценку через отнесение к категории лиц, отличающихся от полноценных членов общества. Механизмом осуществления социальной стигматизации является формирование устойчивого предубеждения общества и индивидов в отношении тех или иных групп людей, для которых свойственно определенное качество или модель поведения. Отторжение людей, имеющих особенности, воспринимаемые социальным большинством как негативные, укоренено на биопсихологическом уровне, что составляет благоприятную почву и основание для формирования в массовом сознании стигматизационных стереотипов восприятия подобных групп. Поэтому преодоление доминирования таких стереотипов представляет значительные трудности, а их закрепление, наоборот, происходит без особых затруднений.

С социокультурной точки зрения стигматизация представляет собой один из механизмов спонтанного конструирования обществом самого себя как системы нормативных представлений, связей и ожиданий, регулирующих социальное действие. Посредством стигматизации общество конституирует себя как пространство, в котором локализованы различные социальные факторы, индивидуальные и групповые, разворачиваются дистанции между ними и проводятся межгрупповые и стратификационные границы. Формирование устойчивых социальных стереотипов является неотъемлемой составляющей социокультурной традиции.

Социальная стигма – это то, что наблюдается в каждой культуре, в каждом поколении, в каждом обществе. Одна из функций стигмы для позиции «наблюдателя» (того, кто стигматизирует) – это снятие тревоги, повышение самооценки путём сравнения себя с другим, а также укрепление ощущения контроля над ситуацией.

Древние греки применяли понятие «стигма» для обозначения телесных знаков, наличие которых свидетельствовало о негативном статусе индивида. Во времена христианства понятие «стигма» употребляли в случае появления высыпаний, ран определенной локализации или физических недостатков и трактовались как проявления божьей милости. Представления о связи болезни с каким-то физическим дефектом восходит к эпохе эпидемий, когда болезнь считалась видимой и «читаемой» на теле больного. Считалось, что при холере тело должно обязательно «позеленеть и рассыпаться», чума получила название «черной смерти» из-за цвета бубонов, возникающих на коже, проказа давала о себе знать посредством гнойных пятен, сифилис – сыпи.

По мнению И. Гофмана, болезни, связанные в высокой степени со стигмой, обладают рядом общих характеристик:

- 1) индивиду приписывается ответственность за болезнь;
- 2) сама болезнь – неизлечимая, прогрессирует со временем;
- 3) люди не имеют ее четкого понимания (причины, способы передачи инфекции и пр.);
- 4) симптомы болезни невозможно скрыть от остальных.

Негативное отношение общества выражается разными способами – доминации, угнетения, использования силы и контро-

ля, агрессии, категоризации, обвинения, наказания, осуждения, исключения, высмеивания, обиды, избегания, оскорбления, преследования, призывы к отказу в помощи. К сожалению, часто в этом проявляют дискриминацию и медицинские работники.

Инвалиды и люди с ограниченными возможностями здоровья в традиционной системе социальных координат представляют собой одну из стигматизированных и, соответственно, подверженных депривации групп.

Феномен стигматизации людей с ограниченными возможностями здоровья является атрибутом традиционного и индустриального типов культуры и порожден социокультурным контекстом, в котором физическая состоятельность индивида составляет необходимое условие его общественной востребованности, а наличие ограничений обуславливает социальную дистанцию и депривацию наиболее сложных потребностей личности. Современные социологические теории связывают стигматизацию с процессами социальной идентификации. Так, в теориях интеракции стигматизация ассоциируется с контекстом социальных ожиданий, предъявляемых личности со стороны общества. Согласно И. Гофману, стигма возникает при устойчивом несоответствии поведения человека общепринятым ожиданиям, коррелирующим с его виртуальной (социально ожидаемой) идентичностью. Стигматизация инвалидов и людей с ограниченными физическими возможностями находит выражение в закреплении в отношении их устойчивых социальных ожиданий, связанных с жизненной пассивностью, неблагополучием, незащищенностью, с невозможностью взаимодействовать с ними на началах равенства. Носитель стигмы «инвалид», таким образом, становится объектом проекции на него фобий и опасений, ассоциируемых со слабостью и социальной непригодностью, низким потенциалом развития и ограниченностью жизненных перспектив.

Отклонение человека от нормы, обусловившее его нетрудоспособность, неизменно сказывается на его взаимоотношениях с окружающими и в других сферах жизнедеятельности, становясь источником предубеждений. На человека навешивается ярлык «неполноценности», и он становится объектом стигматизации. Среди негативных последствий предубеждений для стигматизированных субъектов указываются снижение самооценки, фор-

мирование негативной социальной идентичности, социальная изоляция, дискриминация, затруднения в психосоциальной адаптации, вторичная стигматизация и вторичная девиация, снижение чувства контроля над окружающим миром, наученная беспомощность, подавленность, депрессия, снижение уровня притязаний, низкий уровень достижений.

Стигматизация – негативное социальное последствие диагноза психической болезни, связанное со сложившимся в обществе стереотипом воспринимать ее как постыдную, отторгающую, дискриминирующую. Переживание стигмы проявляется чувством стыда, вины, неуверенности, страхом оскорбления и порождает наряду с этим стремление скрыть свои симптомы, отгородиться, социально дистанцироваться и таким образом остаться в стороне от источников возможной поддержки (терапевтической, семейной, социальной).

Различают внешнюю (дискриминацию) и внутреннюю (самостигматизацию) стигматизацию. Дискриминация формируется под влиянием негативного отношения к больным со стороны, самостигматизация – снижения самооценки пациента под влиянием этих же представлений. Проявлениями самостигматизации становятся дистанцирование от общества, чувство вины, стыда.

Стигма психического заболевания существовала задолго до появления психиатрии, хотя во многих случаях институт психиатрии не помог уменьшить количество стереотипов или дискриминацию.

Мировоззренческие позиции, которые сложились исторически, поддерживают установленные представления, что необходимы ограничения прав и свобод людей с любыми психическими расстройствами. Положение людей с психическими расстройствами, их права и качество жизни определяются имеющимися социальными установками и стереотипными представлениями.

Причины возникновения стигматизации:

– негативное представление о психических заболеваниях. Таким больным приписывают агрессивность, неуравновешенность, непредсказуемость, опасность, способность совершить преступление;

– недостаточная информированность общества об особенностях психических расстройств и негативная подача информации о таких больных и их семьях в средствах массовой информации. Сложился стереотип о том, что люди с больной психикой слабые, не справляющиеся со своими желаниями и капризами;

– страх самих больных на уровне подсознания, подкрепленный стереотипами и традициями.

Стигматизация психиатрических пациентов проявляется в различных формах – отношении общества к лицам, страдающим расстройствами психики, самостигматизации самих пациентов, отношении врачей к своим пациентам, отношении общества к врачам-психиатрам и к психиатрии в целом. Стигма психических расстройств имеет свои особенности: можно наблюдать более «лояльное» отношение общества к «странностям» и неадекватности больных алкогольной и наркотической зависимостью, чем к людям, которые обращались к психиатру. Любые действия человека с психическим расстройством рассматриваются сквозь призму болезни.

Большое количество больных, имеющих относительно легкий уровень психических расстройств, страдают от стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений болезни.

Социальные последствия действия стигмы проявляются в трудностях трудоустройства психически больного, сложностях с получением образования, получением социальной и медицинской помощи, с сокращением круга общения и т.д. Сократилась трудовая занятость больных-инвалидов в специально созданных условиях, где большое число больных-инвалидов, трудоустроенных в специализированные цеха («защищенные» рабочие места) для психически больных на обычных предприятиях.

Стигматизация проявляется и в отношении семьи больного и общества. Совместное проживание с больными, страдающими психическими заболеваниями является психотравмирующим фактором. Нарушение адаптации семьи пациента обусловлены ситуацией хронического стресса у членов семьи, связанной с бременем проживания с больным родственником и ухода за ним; чувством вины по отношению к больному; тенденцией таких семей к защите от внешнего окружения, осуществляемой в форме социальной изоляции.

Дестигматизация должна проводиться на разных уровнях, комплексно и включать:

- изменение когнитивной общественной составляющей о психических расстройствах через разъяснительную (образовательную) работу через средства массовой информации с целью слома стереотипов и мифов о психических расстройствах;

- реабилитацию пациентов с психическими расстройствами с учетом их индивидуальных особенностей, направленную на повышение социальной компетентности и их социального функционирования, оптимизацию их поведения, расширение представлений о своем заболевании с целью контроля изменения состояния, организацию социальной поддержки, улучшение и восстановление имеющихся связей;

- работу с ближайшим окружением больного на изменение отношения как к его заболеванию, так и взаимоотношений с ним;

- контакт с больными, влекущий за собой новое эмоционально-личностное отношение к ним. Различные исследователи многократно подтверждали гипотезу об улучшении отношения к психически больным после общения с ним.

Установлен ряд факторов, способствующих стигматизации людей с ВИЧ в обществе:

- ВИЧ/СПИД – заболевание, угрожающее жизни, а тема смерти является запретной и пугающей. Диагноз «СПИД» вызывал слепой страх и чувство полной беспомощности;

- люди, которые недостаточно знают о ВИЧ и его действии на организм, ассоциируют ВИЧ-инфекцию с очень плохим самочувствием и ужасным пугающим изменением внешности. Все уродливое страшит и отталкивает;

- ВИЧ является инфекцией, а инфекций традиционно боятся; способствует страху и изоляции незнание реальных путей передачи ВИЧ-инфекции;

- люди ассоциируют ВИЧ-положительных с теми, которые и до эпидемии ВИЧ стигматизировались в обществе: гомосексуалами, потребителями наркотиков, секс-работниками. В глазах обывателей СПИД, а следовательно, и ВИЧ-инфекция, выглядели как болезнь «плохих людей», как «наказание за дурное поведение»;

– ВИЧ затрагивает тему секса, которая во многом табуирована и связана с различными моральными ограничениями, страхами, пороками, виной и т.п.

Исследования стигмы, связанной со СПИДом, позволяют различать инструментальную и символическую стигму. Инструментальная основывается на страхе, поскольку болезнь, которой можно заразиться, смертельно опасная. Символическая стигма подразумевает использование болезни в качестве средства выражения враждебности по отношению к группам, которые подвергались стигматизации. Стигматизация больных потенциально указывает на способы взаимодействия с ними или на действия в их отношении.

В случае СПИДа стоит отметить, что в западных странах сразу после появления СПИД оказался в центре общественной дискуссии. В большинстве западно-европейских стран, в США и в Австралии стали предприниматься многочисленные исследования представителями социальных наук, реализовывались различные превентивные программы. Наряду с этим стали создаваться добровольные организации и ассоциации, чья активность была направлена не только на информирование представителей различных групп населения об опасности СПИДа, о способах его распространения и защиты от него, но и на лоббирование прав ВИЧ-позитивных, на оказание влияния на клинические исследования в области разработки вакцины, а также на социальную политику и на дестигматизацию самих больных. Их деятельность оказала влияние и на социализацию больных. Массовые кампании по борьбе со СПИДом способствовали мобилизации общества на борьбу с болезнью, а не с больными. Таким образом, ведение различных кампаний солидарности и толерантности по отношению к больным, а также широкое публичное обсуждение проблемы способствует дестигматизации больных.

### **Психологические эффекты лекарственной терапии**

В фармакологии тщательно изучается специфическое действие лекарств на различные патологические процессы. В то же время не всегда учитывается косвенная сторона воздействия лекарств. Изучение психологических эффектов лекарственной терапии связано прежде всего с изучением *платцебо-эффекта*.

Под плацебо понимают препарат, фармакологически инертный в отношении того патологического состояния, по поводу которого его назначают под видом лекарства. Плацебо – это психологическое, физиологическое, психофизиологическое действие медикамента или лечения, которое состоит ни в какой или только в минимальной связи с фармакологическим действием лекарств или лечебными мероприятиями. С современных позиций плацебо – это любой компонент лечения, который намеренно используется из-за его неспецифического или психологического действия. Термин «эффект плацебо» для обозначения изменений, наступающих вследствие применения плацебо в состоянии больных, ввел Г. Бичер в 1955 г. Эффект плацебо может проявляться не только положительными терапевтическими изменениями, но и нежелательными явлениями.

Плацебо включает: а) действие первосигнальных эмоциональных раздражителей, таких как вид лекарств, окраска, размер, вкус, запах; б) действие второсигнальных словесных импульсов (словесное внушение, связанное с применением определенного лекарства среди населения; репутация и поведение врача, назначившего лекарство).

Плацебо широко используют шаманы, чародеи, священники, целители, а также шарлатаны. Последние придают действию плацебо магическое или мистическое действие. На практике результат плацебо может проявиться в том, что одно и то же лекарство может давать различный эффект. Опыт показывает, что инъекции бывают более эффективными, чем прием лекарства перорально. Необоснованной рекламой можно значительно увеличить эффект плацебо.

*Фармакофилия, фармакофагия* – это чрезмерное увлечение приемом лекарств без рекомендации врача или по назначению врача, который некритически выполняет требования больного. В этом случае лечение назначает не врач, а больной. Технический прогресс и увлечение научными открытиями имеет своим следствием переоценивание медикаментозной терапии. Многие больные ждут, что лекарства избавят их от всех проблем и страданий без их личного участия, без соблюдения режима, диет. Например, об этом свидетельствует опыт работы с людьми, имеющими избыточную массу тела. Фармакофилию иногда поддерживают са-

ми врачи, так как независимо друг от друга назначают больному ряд лекарств без учета их клинической совместимости.

Объектом фармакофагии чаще всего бывают анальгетические, седативные, снотворные, психостимулирующие средства. Некоторые больные становятся фармакофагами из страха перед приступом: например, больные бронхиальной астмой принимают постоянно увеличивающиеся дозы лекарств с целью предупреждения приступа. Фармакофагами чаще всего становятся люди неуравновешенного характера, излишне чувствительные и лица с ипохондрическими склонностями. У некоторых из них фармакофагия ведет к зависимости от лекарственных средств, которая трудно поддается лечению и становится болезнью, скрываемой больным.

### **3.7. Особенности лечебной атмосферы в педиатрических клиниках**

Работа с детьми требует специального рассмотрения в силу того, что для детской психики характерны особенности, накладывающие отпечаток на все аспекты врачебной деятельности: диагностику, лечебные мероприятия, психокоррекцию и реабилитацию. К общим психологическим чертам детей следует отнести преобладание эмоциональных реакций над логическим анализом, неразвитость сферы восприятия (сложности тонкой идентификации стимулов), зависимость от родителей, склонность к копированию их поведения, высокую внушаемость, отсутствие опыта и знаний о строении тела, слабую волю, нетерпеливость, склонность к манипулированию.

На этапе диагностики врач часто испытывает серьезные трудности в получении необходимой ему информации. Маленькие дети, как правило, не могут сформулировать свои жалобы, часто они не способны описать никакие ощущения, кроме боли. При этом довольно трудно установить локализацию боли, поскольку даже в младшем школьном возрасте ребенку часто не удается точно показать место расположения заболевшего органа.

Большой проблемой при опросе детей становятся их стеснительность, страх по отношению к новым людям, особенно к врачам, которые ассоциируются с уколами, неприятными про-

цедурами, анализами и пр. Дети старше четырех лет начинают болезненно реагировать на наготу, особенно если их заставляют раздеться в присутствии других детей. В случае скованности и стеснительности опрос ребенка лучше проводить в игре. Для этого в детских больницах и поликлиниках обязательно должны быть игрушки, карандаши, кубики, книжки с картинками. Так, например, обсуждение болезни можно проводить не напрямую с ребенком, а с куклой, которую он держит в руках. Отвечая за куклу, дети часто более свободно высказывают свое мнение о болезни, проецируя на нее свои ощущения.

Некоторые врачи сами становятся причиной плохого контакта с детьми, поскольку совершенно не обращают внимания на их реакции (страх, любопытство, скуку), а весь свой интерес направляют на беседу с родителями. Иногда ребенок активно протестует против этого: «Разговор ведь обо мне, вот и разговаривайте со мной».

Очень часто нарушения физиологических функций у ребенка сигнализируют о его неблагоприятном психологическом состоянии. Так, рвота, учащение стула, расстройства аппетита, энурез, ночные страхи, тики у детей нередко возникают в ответ на эмоциональный стресс. Довольно часто ребенок таким образом реагирует на конфликт, который он наблюдает в семье (ссора, развод, пьянство родителей), или на резкое изменение ситуации (переезд на новое место, направление в детский сад, отрыв от матери и воспитание у бабушки с дедушкой, перевод в другую школу). Среди расстройств, вызванных стрессом, особенно пугают родителей аффективно-респираторные судороги, которые возникают у детей до четырех лет после испуга или обиды. Они развиваются на высоте крика, при этом ребенок вдруг внезапно задыхается и теряет сознание, бывают судорожные подергивания. Такие приступы не относят к патологии, однако приходится отличать их от эпилепсии и спазмофилии, наблюдаемой при рахите.

Серьезные проблемы в диагностике и лечении определяются зависимостью детей от их родителей. Так, озабоченность здоровьем, постоянные подозрения («Я чувствую, что у него жар», «Я по глазам вижу, что у него болит голова», «Он совсем устал») оказывают на детей крайне неблагоприятное воздействие. Высо-

кая внушаемость заставляет их действительно чувствовать себя плохо. Довольно часто они начинают манипулировать родителями, стремясь получить с помощью своих жалоб на плохое здоровье знаки внимания и освобождение от неприятных обязанностей.

Возможна и другая крайность, когда родители намеренно отгораживают детей от общения с врачами, игнорируют отклонения в их развитии, предполагая, что отношение к ребенку как к больному может усилить его отставание и чувство неполноценности. Довольно часто в основе такого поведения родителей просматривается активное участие психологических защит, которые отгораживают взрослых от пугающих их сведений о болезни детей. Психологическая слепота заставляет родителей в таком случае подвергать детей чрезмерным нагрузкам (изучение в школе математики или дополнительного языка). Приведем пример из практики.

Ребенок восьми лет осмотрен психиатром в Центре психологической реабилитации и коррекции по рекомендации школьных учителей в связи с низкой успеваемостью. Мать мальчика принесла с собой выписку из детской больницы, где сын проходил обследование и лечение сразу после рождения. В выписке указаны серьезные дефекты развития, выявленные при рождении при магнитно-резонансной томографии: незаращение межпредсердной перегородки, аномалии строения мозжечка и подкорковых структур мозга. В больнице наблюдались эпизоды отключения сознания. Дальнейшее развитие проходило в домашних условиях, дошкольные детские учреждения ребенок не посещал. До настоящего времени сохраняется энурез. Дважды за последний год отмечались приступы потери сознания с судорогами. Моторика несовершенна: мальчик не может прыгать на одной ноге, мимика отличается своеобразием. Читает по слогам, пишет медленно, но с ошибками, выполняет действия по сложению и вычитанию в пределах десятка, более крупными цифрами оперировать не может. Мать отмечает, что с момента рождения никогда не обследовала сына в официальных учреждениях: «Зачем слушать врачей? Ведь они все говорят разное». Консультировалась только с частным педиатром, который обычно признавал сына здоровым. Ничего не хочет слышать об обследовании у кардиолога: «Зачем? Ведь

операцию я все равно делать не позволю». Гордится тем, что никогда не давала сыну лекарств.

Внутренняя картина болезни детей отличается своеобразием. Отсутствие опыта и знаний, неразвитая способность к логическому анализу приводят к тому, что эмоциональный компонент становится ведущим в восприятии болезни. Поведение во многом определяется самочувствием: так, прекращение лихорадки часто приводит к тому, что ребенок начинает играть, шалить, отказывается выполнять рекомендации. Постоянные наставления взрослых («Мой руки, а то заболеешь», «Не трогай снег руками» и пр.) приводят к тому, что дети часто считают болезнь наказанием за плохое поведение и несоблюдение правил гигиены. В случае острых заболеваний весьма типична реакция на болезнь по типу регрессии, когда ребенок начинает демонстрировать свою беспомощность, потребность в ласке и уходе, не позволяет маме уходить из дому, просит, чтобы ему почитали (хотя обычно читает сам), подержали его за руку. При хронических заболеваниях и дефектах развития, напротив, нередко отмечаются серьезное отношение к самосовершенствованию, стремление компенсировать свой недостаток за счет развития других способностей (чтение, религиозное образование, изучение природы и пр.).

Помещение ребенка в стационар становится для него серьезной травмой, поэтому такое решение принимается только в том случае, когда другие варианты лечения невозможны. При лечении дошкольников обычно стремятся к тому, чтобы мать находилась вместе с ребенком. Для детей более старшего возраста чрезвычайное значение приобретают отношения со сверстниками в палате. Капризы ребенка, отказ от проведения лечения и обследования могут быть вызваны насмешками, угрозами и притеснениями, о которых ребенок боится или стесняется рассказать взрослым. В связи с этим лечебные и диагностические процедуры, связанные с раздеванием, лучше проводить в отдельном кабинете, не в присутствии других детей.

Лечение в педиатрическом отделении также требует соблюдения некоторых особых правил и принципов. Так, склонность детей к шалостям накладывает особенные требования на хранение и выдачу лекарственных средств: все лекарства должны постоянно находиться под замком, желательно в отдельной комна-

те, вход пациентов в которую не допускается. Выданные лекарства должны быть приняты немедленно в присутствии медсестры.

Не все методы психотерапии одинаково эффективны в детском возрасте. Относительное преобладание эмоциональной сферы над процессами мышления определяет высокую внушаемость ребенка. Это позволяет с успехом использовать методики прямой и косвенной суггестии, релаксирующие процедуры. А вот рациональная и когнитивная техники часто у детей не дают желаемого результата.

Незавершенность процесса воспитания определяет эффективность поведенческой (условно-рефлекторной) терапии. Так, во многих детских учреждениях с успехом применяется метод жетонной экономики, когда для подкрепления желательного поведения вручаются специальные «награды» (медали, жетоны, крестики на стенде, вымпела), которые в дальнейшем могут быть обменены на вещественные призы (сладости, игрушки, билеты в театр и пр.). Важно, чтобы взрослые невольно не выдавали вознаграждение за поведение, которое не является желательным: например, не следует давать конфеты, чтобы ребенок перестал плакать.

В случае страхов неплохой результат дает применение техники конфронтации, когда ребенка вынуждают неизбежно какое-то время контактировать с пугающим объектом. Присутствующий инструктор демонстрирует ребенку отсутствие опасности, гарантирует ему защиту, уменьшает тяжесть переживаний. Еще один метод поведенческой терапии – это приборы биологической обратной связи, они используются для лечения энуреза. Прибор будит ребенка звонком, если его белье становится мокрым.

Особую роль в лечении детей играют тренинговые методы (научение), особенно если они основаны на игре. При хорошем самочувствии можно использовать стремление ребенка к активности для проведения физических упражнений, желательно с какими-либо предметами (игрушками). Для работы с пациентами, страдающими тяжелыми заболеваниями с уменьшением подвижности, расстройствами, вызывающими чувство неполноценности, разработаны реабилитационные программы с участием животных. В онкологических и гематологических учреждениях для повышения уверенности в себе и развития чувства

контроля над ситуацией для детей предлагаются компьютерные игры, например, игра «убей раковую клетку». При энурезе используют метод тренировки мочевого пузыря. Ребенку рекомендуют пить жидкость без ограничения, в течение дня при появлении позывов он должен потерпеть по меньшей мере 15 (лучше 30) мин, а кроме того, один-два раза в день постараться полностью прервать процесс мочеиспускания. Важную роль в реабилитации играют регулярные уроки (школьные предметы, рисование, лепка) и занятия с логопедом.

Лекарственные психотропные препараты детям назначают с большой осторожностью. Особенно нежелательны транквилизаторы, потому что они ухудшают процессы запоминания и интеллектуальной обработки. При гиперактивности и дефиците внимания седативные средства (включая растительные) оказывают скорее отрицательное, чем положительное воздействие: они уменьшают способность ребенка контролировать свои поступки и делают его менее внимательным. Действие стимуляторов в этом случае парадоксальное: они часто помогают повысить работоспособность и организованность, однако применяют их с осторожностью из-за возможного нарушения сна и расстройства аппетита. Нейролептики в небольших дозах (неулептил или галоперидол в каплях) довольно часто назначаются в детском возрасте при агрессивном поведении, неуправляемости, аутизме, генерализованных тиках (синдром Туретта). Антидепрессанты пока не нашли широкого применения в детской практике, хотя многократно сообщалось об их эффективности при энурезе. Явные депрессивные фазы у детей до пубертата практически не возникают. Высказывается мнение о том, что многие соматические расстройства в детском возрасте являются аналогом депрессии (маскированная депрессия), поэтому обсуждается возможность их лечения современными безопасными серотонинергическими препаратами (например, феварином), однако отсутствие достаточного опыта не позволяет рекомендовать такое лечение без проведения дополнительных исследований.

Наиболее часто при лечении детей назначают ноотропные средства. Они способствуют развитию памяти и мыслительных процессов, улучшают адаптацию к новым условиям, повышают устойчивость к стрессу. Набор препаратов довольно широк: это

ГАМК-ергические вещества (пирацетам, пантогам, пикамилон, фенибут), производные витамина В<sub>6</sub> (пиридитол, магне-В<sub>6</sub>), аминокислоты (глицин, глутаминовая), олигопептиды (семакс, церебролизин) и др. Эффективность ноотропов в детском возрасте выше, чем у взрослых пациентов.

Работа с подростками имеет свои особенности. В биологическом отношении, начиная с пубертатного возраста, организм человека настолько приближается к взрослым показателям, что основные биологические методики и лекарственные средства используются по общим правилам. В психологическом отношении подростки и юноши существенно отличаются от взрослых. В этом возрасте общество накладывает на человека все больше обязанностей и ограничений, существенным источником стресса становится возрастающее сексуальное влечение. Применяемые защитные механизмы часто отличаются примитивностью. Так, весьма характерны копирование поведения авторитетного сверстника (идеализация и идентификация), высокая подверженность влиянию группы, реакции протеста (отреагирование), агрессивные поступки, максимализм в оценках (расщепление), чувство неполноценности, суицидальные попытки (в основном демонстративные).

В отношении врача подростки проявляют больше недоверия, их прогнозы относительно возможности излечения менее оптимистичны, чем у детей. Предметом особой заботы подростков становится внешний вид, поэтому для них очень травматичны болезни и лечебные методики, влияющие на внешность. Так, резкая прибавка массы тела после приема гормональных средств или нейролептиков, кожные высыпания, выпадение волос на фоне приема противоопухолевых препаратов могут вызвать переживания, достигающие степени глубокой депрессии и завершающиеся суицидальной попыткой.

Юноши часто стремятся продемонстрировать свою выносливость, физическую силу, устойчивость к боли. Это становится причиной частых травм и самоповреждений. При этом наложенный гипс, послеоперационные шрамы часто воспринимаются как предмет гордости. Перенесенные заболевания (даже венерические) могут стать источником хвастовства, так же как и злоупотребление алкоголем, поэтому иногда подростки описы-

вают выдуманную болезнь только для того, чтобы привлечь к себе внимание.

У девушек в подростковом и юношеском возрасте особенно часто возникает патологическое стремление к похуданию (нервная анорексия). Отмечают, что во многих случаях диагноз устанавливается слишком поздно из-за того, что больные тщательно скрывают от окружающих свою озабоченность избыточной массой тела. Так, они часто носят свободную одежду, скрывающую руки и ноги, едят довольно много в присутствии родных, но позже вызывают рвоту или принимают слабительные и мочегонные средства. Другой проблемой в этом возрасте становятся приступы головокружения и резкого снижения артериального давления (обморок), которые часто возникают психогенно.

Лечение подростка требует создания особо доверительных отношений с медицинскими работниками. Иногда молодой врач воспринимается как фигура, пользующаяся большим доверием, чем родители. Авторитет и опыт доктора для подростка несущественны. Директивный подход в психотерапии крайне нежелателен, поскольку жесткий контроль, скорее, вызовет реакцию протеста. Однако и переложение всей ответственности на больного в пубертатном возрасте становится непомерной нагрузкой. Особенно много проблем возникает в случае необходимости регулярного приема лекарственных препаратов, поскольку сами подростки редко способны соблюдать регламент, а забота родителей может восприниматься ими как тягостная опека. Выдача лекарств на руки связана с угрозой передозировки, которая может быть вызвана стремлением испытать эйфорию, похвалиться перед сверстниками своей высокой выносливостью или намерением покончить с собой.

### **3.8. Неизлечимые болезни**

Любая болезнь характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для пациента сферы жизнедеятельности. Выделяют следующие параметры, на основании которых оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней:

- 1) вероятность летального исхода;
- 2) вероятность инвалидизации и хронизации;
- 3) болевая характеристика болезни;
- 4) необходимость радикального или паллиативного лечения;
- 5) влияние болезни на способность поддерживать прежний уровень общения;
- б) социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболеваяемому в микросоциуме;
- 7) влияние болезни на семейную сферу, сферу развлечений, интересов.

Диагноз заболевания, традиционно причисляемого к группе неизлечимых, может привести к серьезной психологической травме, способной вызвать психические нарушения психогенно-реактивного характера. Выделяют пять фаз реагирования на диагноз неизлечимого заболевания:

1. Анозогностическая. Возникает сразу же в ответ на сообщение о наличии неизлечимого заболевания. Она характеризуется отрицанием у себя неизлечимого заболевания, появляется убежденность в ошибке диагноза.

2. Дисфорическая. Наступает после подтверждения диагноза и проявляется бурным протестом, дисфорией, склонностью совершать какие-либо агрессивные действия в отношении себя или окружающих.

3. Аутосуггестивная. Характеризуется принятием фактов о наличии у пациента неизлечимого заболевания и необходимости длительного и интенсивного лечения в сочетании с ведением торга («главное, чтобы не было болей»).

4. Депрессивная. Наступает после длительного периода терапии и проявляется постепенной утратой надежды на выздоровление, появлением пессимизма, подавленности, пассивности.

5. Апатическая. Появляется на последних этапах заболевания и выражается «примирением» больного с судьбой, принятием любого исхода. Сопровождается безразличием по отношению к внешним и внутренним процессам.

Немало врачей видят свою задачу только в поддержании и продлении жизни, а у неизлечимо больных – еще и в назначении обезболивающих средств. Остальные задачи они оставляют родственникам больных, священникам и обслуживающему персо-

налу. Многие больные чувствуют, что к ним ослаблено врачебное внимание, поскольку они представляют собой безнадежный случай.

Для медицинского персонала больные с тяжелыми, неизлечимыми заболеваниями требуют решения сложных психологических задач. Информирование больного о причинах состояния, прогнозе, возможностях предстоящего лечения психологически и юридически является сложной проблемой. Необходимо рассказать ему в общих чертах о его болезни и состоянии, о возможностях лечения, а также об опасностях и трудностях, которые могут возникнуть. Устранение или хотя бы ослабление чувства неопределенности на практике ведет к тому, что сотрудничество с больным возрастает, преодолевается опасность изоляции, безнадежности и сохраняется установка на повседневные нужды. Больному следует сообщать только то, что он сможет понять и перенести. Врач должен понимать, что и в какое время больной хочет и должен услышать, а что – нет. Полное разъяснение больному характера его болезни может привести к обречению больных.

Первой задачей психотерапии является помощь пациентам поверить в эффективность лечения и способность своего организма сопротивляться заболеванию. После этого их можно научить справляться со стрессовыми ситуациями. Особенно важно, чтобы они изменили свои взгляды на самих себя (или восприятие тех проблем, с которыми столкнулись перед началом заболевания). Больные должны поверить в собственные силы, знать, что они могут разрешить все свои проблемы более эффективно.

Появившаяся у пациента вера в возможность поправиться и новое отношение к стоящим перед ним проблемам формируют такую жизненную позицию, в которой есть место надежде и вере в будущее.

Те же самые механизмы, которые способствовали превращению чувств и ощущений в определенные физиологические условия, способствовавшие развитию рака, могут быть использованы и для восстановления здоровья.

Могут быть полезны творческие занятия (например, специальные упражнения по снятию напряжения, арт-терапия). Занятия литературой, рисованием и другими видами творчества могут наполнить содержанием и смыслом жизнь больного.

## Контрольные вопросы

Выберите один правильный ответ

1. Наука о профессиональном поведении медработника называется:
  - а) медицинской этикой;
  - б) медицинской деонтологией;
  - в) медицинской конфликтологией;
  - г) социальной медициной.
  
2. Важным условием эффективного общения с пациентом является:
  - а) доверительная дистанция;
  - б) предупреждение госпитализма;
  - в) применение клинического интервью;
  - г) предупреждение ятрогений.
  
3. Коммуникативная компетентность врача повышается с развитием такого качества, как:
  - а) ригидность;
  - б) агрессивность;
  - в) способность к эмпатии;
  - г) тревожность.
  
4. Сочетание таких качеств, как эмоциональная дистанцированность врача от глубинных проблем пациента, ориентация на симптомы и технократический подход к лечению, входит в структуру одного из следующих психологических типов врача:
  - а) сопереживающего;
  - б) эмоционально-нейтрального;
  - в) апатичного;
  - г) директивного;
  - д) недирективного.
  
5. Партнерская модель взаимоотношений «врач – пациент» широко используется:
  - а) в клинике внутренних болезней;
  - б) акушерстве и гинекологии;
  - в) психиатрии и неврологии;
  - г) психотерапии.

6. Властная, авторитарная модель отношений «врач – пациент» с фиксированной структурой и жестким распределением ролей – это:

- а) модель руководства;
- б) партнерства;
- в) руководства-партнерства;
- г) контракта.

7. Активная жестикуляция больного чаще всего связана:

- а) с астенизацией больного;
- б) высоким уровнем тревоги;
- в) ипохондрическими переживаниями;
- г) поведением симуляции.

8. Для депрессивного больного характерно:

- а) бледное маскообразное лицо;
- б) богатая выразительная мимика лица;
- в) асимметрия в мимических реакциях;
- г) мимика скорби.

9. Ускоренная речь чаще характеризует:

- а) депрессивного пациента;
- б) пациента с ипохондрическими переживаниями;
- в) тревожного пациента;
- г) лиц, демонстрирующих поведение симуляции.

10. Громкая речь чаще отмечается:

- а) у лиц астено-невротического типа;
- б) больных с элементами навязчивостей;
- в) больных с ипохондрическими переживаниями;
- г) пациентов в гипоманиакальном состоянии.

11. Интеллектуальная интерпретация больным диагноза заболевания и соответствующее ей эмоциональное состояние:

- а) нозология;
- б) нозогнозия;
- в) анозогнозия;
- г) соматогения.

12. Факторами формирования внутренней картины болезни являются:

- а) образование, возраст, темперамент, профессия;
- б) пол, социальный статус, возраст, характер;

- в) профессия, пол, возраст, темперамент, особенности личности;
- г) все варианты неверны.

13. Тип реагирования на заболевание – это:

- а) совокупность эмоциональных и поведенческих реакций на болезнь;
- б) поведение человека, вызванное болезнью;
- в) реакция напряжения, вызванная действием раздражителя, угрожающего здоровью;
- г) внутренняя картина болезни.

14. В структуре внутренней картины болезни выделяют следующие основные компоненты:

- а) сенситивный и эмоциональный;
- б) эмоциональный и рациональный;
- в) эмоциональный, рациональный и мотивационный;
- г) сенситивный, эмоциональный, рациональный и мотивационный.

15. Для эргопатического типа реагирования на болезнь характерно:

- а) пренебрежение к болезни;
- б) уход в работу;
- в) легкое, эйфорическое отношение к болезни и ее последствиям;
- г) непрерывное беспокойство и мнительность.

16. Больной активно отбрасывает мысли о болезни и ее возможные последствия, проявления болезни оценивает как «несерьезные ощущения», поэтому отказывается от обследования и лечения или ограничивается самолечением. Это тип реагирования на болезнь:

- а) эгоцентрический;
- б) гармоничный;
- в) апатичный;
- г) эйфорический;
- д) анозогнозический.

17. Больной убежден в наличии у него серьезной болезни, постоянно сосредоточен на болезненных ощущениях; переживание и непрерывные разговоры о болезни приводят к преувеличенному субъективному восприятию тех, что имеются и поиску мнимых болезней. Желание лечиться совмещается с неверием в успех. Это тип реагирования:

- а) тревожно-депрессивный;
- б) ипохондрический;

- в) апатичный;
- г) эгоцентрический;
- д) дисфорический;

18. Больной раздражителен, нетерпелив к боли, невыдержан, неспособен ожидать результатов обследования и лечения. Это тип реагирования на болезнь:

- а) депрессивный;
- б) ипохондрический;
- в) эгоцентрический;
- г) неврастенический;
- д) эйфорический.

19. В понятие «идеальный пациент» врач, как правило, включает все нижеследующие характеристики, за исключением одной:

- а) вера и отсутствие сомнений в силах и умениях врача, который лечит;
- б) готовность беспрекословно выполнять назначение;
- в) умение сжато и четко выражать проблему и жалобы;
- г) хорошая осведомленность в медицинских вопросах;
- д) имела осведомленность в медицинских вопросах.

20. Особенный психофизиологический процесс, который возникает в результате влияния супермаксимальных раздражителей, которые вызывают органические или функциональные изменения в организме, называется:

- а) сном;
- б) бодрствованием;
- в) сопором;
- г) болью;
- д) ступором.

21. Адаптивные механизмы, направленные на редукцию патогенного эмоционального напряжения, предохраняя от болезненных чувств и воспоминаний, а также от дальнейшего развития психологических и физиологических нарушений, называются:

- а) копинг-механизмами;
- б) механизмами психологической защиты;
- в) компенсаторными психологическими механизмами;
- г) адаптивными психологическими реакциями.

22. Наиболее продуктивными копинг-стратегиями больных считаются:

- а) сотрудничество и активный поиск поддержки;
- б) эмоциональная разрядка и отвлечение;
- в) отвлечение и альтруизм;
- г) альтруизм и оптимизм.

23. Тактика поведения медработника в клинике детских болезней предполагает:

- а) вселение уверенности в себе;
- б) умение наладить близкий контакт;
- в) готовность к контакту и сотрудничеству;
- г) устранение ятрогений;
- д) все варианты верны.

24. Тактика общения с пациентами пожилого возраста предполагает:

- а) терпение и любовь;
- б) организацию лечебной среды;
- в) такт, психологическая поддержка;
- г) предупреждение чувства нарастающей беспомощности;
- д) все варианты верны.

25. Принципами профилактики ятрогений являются:

- а) компетентность советов, избегание угроз, рассеивание страхов;
- б) снижение тревоги, такт, терпение;
- в) заинтересованность в личности пациента, внимательность;
- г) все варианты верны.

26. Важным симптомом эмоционального выгорания является:

- а) отстранённость от пациентов;
- б) чувство усталости и напряжения;
- в) появление формального отношения к работе;
- г) все варианты верны.

27. Профилактикой эмоционального выгорания является:

- а) умение планировать деятельность;
- б) овладение методами психической саморегуляции;
- в) правильный режим работы и отдыха;
- г) все варианты верны.

28. Синдром эмоционального выгорания является следствием:

- а) неуверенности в себе и повышенной ответственности;
- б) чрезмерной впечатлительности;
- в) профессиональной некомпетентности;
- г) критики со стороны старших.

29. Профессиональная адаптация заключается:

- а) в отработке практических навыков;
- б) повышении уровня знаний;
- в) установлении эмоциональной дистанции с больными;
- г) совершенствовании профессионализма, установлении адекватной эмоциональной дистанции с больными, формировании индивидуального врачебного «имиджа».

30. Сокращение психологической дистанции с больным допустимо:

- а) при длительном общении с пациентом;
- б) во взаимоотношениях с агрессивным пациентом;
- в) в ситуациях, когда возникает угроза жизни больного;
- г) при наличии взаимной симпатии между врачом и больным.

31. Поведение аггравации характеризуется:

- а) сознательным изображением симптомов отсутствующего заболевания;
- б) преуменьшением симптомов болезни;
- в) преувеличением симптомов болезни;
- г) неосознаванием симптомов болезни.

32. Диссимуляция – это:

- а) сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания;
- б) сознательное сокрытие симптомов болезни;
- в) сознательное преувеличение симптомов болезни;
- г) сознательное преуменьшение симптомов заболевания.

33. Анозогнозия – это:

- а) сознательное сокрытие симптомов болезни;
- б) бессознательная реакция – неосознавание болезни;
- в) сознательное преуменьшение симптомов заболевания;
- г) «уход в болезнь».

34. Ипохондрия – это:

- а) болезненно преувеличенное беспокойство за свое здоровье;
- б) страх перед социальными последствиями болезни;
- в) нежелание выздороветь;
- г) извлечение выгоды из заболевания.

35. Симуляция – это:

- а) сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания;
- б) сознательное сокрытие симптомов болезни;
- в) прагматическое отношение к заболеванию со стремлением извлечь из него какую-либо выгоду;
- г) страх перед болезнью.

36. К «трудным» относятся пациенты, имеющие:

- а) эпилептоидные черты;
- б) депрессивные черты с суицидальной настроенностью;
- в) гипертимные черты;
- г) астено-невротические черты.

### ПСИХОТЕРАПИЯ В РАБОТЕ ВРАЧА

Современная клиническая практика требует восстановления у больного не только соматического здоровья, но также достижения им оптимального психологического и социального функционирования, что крайне трудно обеспечить без обращения к возможностям психотерапии. В связи с этим роль психотерапии в медицинской практике неуклонно возрастает.

Кроме того, ритмы современной жизни, высокая подверженность стрессам информационного общества приводят к тому, что число лиц, страдающих пограничными психическими расстройствами, в том числе невротическими и психосоматическими, также увеличивается. В такой ситуации врачу крайне необходимо знание основ психотерапии, при использовании которой в лечении обнаруживаются дополнительные ресурсы, способствующие выздоровлению. Врач может помочь больному стать участником лечебного процесса, активизировать его направленность на здоровье. Адаптированная психическая деятельность является важнейшим фактором, обеспечивающим человеку состояние здоровья, обуславливает быстроту и качество выздоровления. Поэтому для врачей формирование адекватных представлений о психологических механизмах, лежащих в основе психических и соматических расстройств, а также об основах психотерапии, имеет особое значение.

#### 4.1. Предмет и методы психотерапии

Содержание понятия «психотерапия» часто соотносят с вариантом перевода, обозначающим «лечение душой», в отличие от перевода понятия «психиатрия» – «лечение души». При таком подходе очевиден приоритет роли психотерапевта в выборе метода психотерапии как важнейшего фактора, определяющего успешность лечения.

Понятие психотерапии, появившееся в XIX в., дало единое определение существовавшим тогда методам психологического

воздействия на психику человека с целью устранения болезненной симптоматики. В медицине психотерапия традиционно определяется прежде всего как метод лечения, система лечебных воздействий на психику и через психику на организм человека, его поведение. Ее методы используются для лечения и профилактики не только психических, но и многих соматических заболеваний.

Психологический подход в отличие от медицинского определяет психотерапию как использование психологических средств при решении возникающих у пациентов проблем и затруднений психологического характера, а также в модификации нарушенных отношений и поведения. Психологический подход акцентирует внимание не столько на объекте или предмете, сколько на средствах воздействия. Они могут быть вербальными или невербальными, ориентированными на когнитивные, эмоциональные, поведенческие аспекты. Типичными психологическими средствами являются речь, молчание, мимика, эмоции, различные виды научения или межличностные взаимоотношения. В то же время оба подхода объединяет использование психологических средств для восстановления нарушенной деятельности организма – как личностных и психических процессов, так и соматических функций.

Общая цель психотерапии – помочь пациентам изменить свое мышление и поведение таким образом, чтобы они стали более счастливыми и более приспособленными к жизни. Психотерапия помогает пациенту лучше понять свои проблемы, устраняет эмоциональный дискомфорт, поощряет свободное выражение чувств, обеспечивает пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы, помогает пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической ситуации. Основными способами решения этих задач являются: 1) обеспечение психологической поддержки – сочувственно выслушать пациента и дать ему взвешенный совет в кризисной ситуации, помочь осознать и использовать свои силы и умения; 2) устранение дезадаптивного поведения и формирование новых, адаптивных стереотипов; 3) содействие осознанию и самораскрытию, в результате чего пациенты начинают лучше понимать свои мотивы, чувства, конфликты, ценности.

При всем разнообразии подходов в психотерапии существует три основных направления, соответствующих психодинамическому, поведенческому, гуманистическому направлениям психологии, и каждое из них характеризуется собственным подходом к пониманию личности и личностных нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий. В рамках психотерапевтических направлений возникают новые течения, подходы, формы, виды, методы, методики, технические приемы.

Как и в медицине в целом, в клинической практике принято деление методов психотерапии на симптоматические и патогенетические. *Симптоматические* методы психотерапии ориентированы на устранение или ослабление отдельных симптомов болезни, овладение навыками контроля и управления физиологическими функциями организма, активизацию когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер личностного функционирования. В *патогенетических* направлениях психотерапии, ориентированных на личностные изменения, а не на один лишь симптом, наличие определенной личностной концепции позволило создать психотерапевтическую систему с представлениями о личности, личностных изменениях и способах лечения.

Для практического применения имеет значение выделение поддерживающей, переучивающей и реконструктивной психотерапии. Цель *поддерживающей* психотерапии – укрепление и поддержка имеющихся у больного защитных сил и выработка новых, лучших способов поведения, позволяющих восстановить душевное равновесие. *Переучивающая* психотерапия основана на изменении поведения больного путем поддержки и одобрения положительных форм поведения и неодобрения отрицательных. Пациент должен научиться лучше использовать имеющиеся у него возможности и способности. *Реконструктивная* психотерапия направлена на осознание интрапсихических конфликтов, послуживших источником личностных расстройств, и стремление достичь существенных изменений черт характера и восстановления полноценности индивидуального и социального функционирования личности.

В практической деятельности возникает необходимость классифицировать методы психотерапии в зависимости от сте-

пени вовлеченности в лечение самого пациента. Многим пациентам, впервые обращающимся за помощью, свойственно надеяться врача или магическими способностями, или ролью консультанта-авторитета. Соответственно, формируются ожидания от лечения: в первом случае – это директивный гипноз, во втором – прямое вмешательство в ситуацию для устранения конфликта. В обоих случаях пациент стремится переложить ответственность за результат на врача, а сам довольствуется пассивной ролью наблюдателя. Несоответствие поведения врача этой роли может вызывать состояние неудовлетворения у пациента, быть причиной его разочарования и неуверенности в результатах лечения. Такие установки пациента определяют необходимость начала работы с ним в рамках рецептивного подхода, в противном случае контакт с пациентом нарушается, и лечение может прерваться. Применение этого подхода позволяет сохранить перспективы общения, что очень важно как на начальных этапах, так и при низкой мотивации на психотерапию, вызванной различными факторами.

*Рецептивный* подход в психотерапии (гипносуггестивная психотерапия, общая релаксация под музыку, беседы) требует минимума усилий со стороны самого пациента и определяется пассивным восприятием самого лечения, что является достаточным условием достижения незначительных положительных результатов. Пациент становится свидетелем эффективности лечения, улучшаются его настроение и отношения с врачом. Для пациентов с положительным клиническим эффектом или установкой только на лекарственное лечение психотерапия заканчивается на данном этапе. Для пациентов, проявляющих стремление к стойкому улучшению самочувствия и заинтересованность в сотрудничестве с психотерапевтом, применяются методы психотерапии в рамках продуктивного подхода.

*Продуктивный* подход предполагает осознание пациентом механизмов своего заболевания, сильную выраженность желания содействовать успеху лечения. Здесь инициатива в лечении принадлежит пациенту наравне с врачом. Продуктивный подход предусматривает активное участие пациента в процессе лечения, его стремление к положительным изменениям, работе над собой, своими чувствами, эмоциями, поведением, всем тем, что

называется личностным ростом. Такой пациент активно взаимодействует с врачом, делится с ним своими переживаниями, не пытается манипулировать специалистом, активно выполняет домашние задания, готов участвовать в групповых и семейных формах психотерапии. В процессе лечения становится возможным постепенно переходить от рецептивной к продуктивной форме работы и наоборот.

По цели воздействия методы психотерапии делятся на активизирующие и успокаивающие. *Активизирующие* методы направлены на повышение стремления к действию, самореализации, *релаксирующие* – на снятие внутреннего напряжения, тревоги.

Разделение методов психотерапии на экспрессивные и суппортивные связано с концепцией механизмов психологической защиты. *Экспрессивные* методы позволяют выявить подсознательные механизмы, лежащие в основе страдания пациента, мешающие разрешению внутреннего конфликта. Вскрытие защитных механизмов весьма болезненно, поэтому следует проявить осторожность и взвесить реальные способности человека перенести этот дополнительный стресс. *Суппортивные* методы укрепляют в человеке сложившиеся системы защиты ради сохранения спокойствия и чувства безопасности. Недостатком таких методов считают тот факт, что они мешают пациенту разглядеть реальность, удерживают его от активных действий.

В психотерапии существует множество методов, основанных на лечебном влиянии искусства (музыкотерапия, библиотерапия), творческой деятельности (имаготерапия, арттерапия), природы (натурпсихотерапия). Имеющиеся психотерапевтические методы не столько различаются по отношению к личности, сколько концентрируются на разных ее аспектах и проблемах.

#### **4.2. Механизмы лечебного действия психотерапии**

Использование слова, а также мимики, жеста, действия, внешнего вида, в качестве лечебного фактора известно с древнейших времен. Прообразом современной психотерапии можно считать шаманство, врачевание древности. В психотерапии для достижения определенных психологических изменений исполь-

зуются психологические средства воздействия. Она позволяет воздействовать на психологические причины и механизмы развития болезни. Показания к психотерапии определяются ролью психологического фактора в возникновении и течении болезни.

Каждое из современных направлений психотерапии характеризуется собственной концепцией здоровья и болезни, терапевтическими целями и формой психотерапии. В рамках *психодинамического* подхода в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения человека рассматриваются бессознательные психические процессы, а личностные расстройства и невроз понимаются как следствие конфликта между бессознательным и сознанием. Психотерапия будет направлена на достижение осознания этого конфликта и собственного бессознательного. Этой задаче подчинен и собственно психоаналитический метод. Осознание достигается за счет анализа свободных ассоциаций, символических проявлений бессознательного, а также сопротивления и переноса. Сама психоаналитическая процедура строится таким образом, чтобы способствовать проявлению бессознательного. Именно этим определяется содержание процесса психотерапии, степень его структурированности, стратегия и тактика психотерапевта, его роль и позиция, уровень активности, интенсивность и частота сеансов.

Представители *поведенческого* направления фокусируют свое внимание на поведении как единственной психологической реальности, доступной непосредственному наблюдению. Норма – это адаптивное поведение, а невротический симптом или личностные расстройства рассматриваются как неадаптивное поведение, сформировавшееся в результате неправильного научения. Таким образом, целью психологического вмешательства является научение, замена неадаптивных форм поведения на адаптивные. Методически научение осуществляется на основании базовых теорий или моделей научения, существующих в бихевиоризме (классическое и оперантное обусловливание, научение по моделям, социальное научение).

*Гуманистическое* направление исходит из признания уникальности человеческой личности и в качестве основной потребности рассматривает потребность в самореализации и самоактуализации. В самом общем виде невроз является следствием

невозможности самоактуализации, блокирования этой потребности, что связано с недостаточным самопониманием и принятием себя, недостаточной целостностью «Я». В этом случае целью психологического вмешательства будет создание условий, в которых человек сможет пережить новый эмоциональный опыт, способствующий осознанию и принятию себя, личностной интеграции.

В клинической практике наилучший терапевтический эффект обеспечивает интеграция симптомо ориентированной психотерапии с личностно ориентированной. Симптоматические методы психотерапии используются для устранения или ослабления отдельных проявлений болезни. Изменения в когнитивной сфере являются определяющими в рациональной, когнитивной, рационально-эмоциональной, личностно ориентированной (реконструктивной) психотерапии, иными словами, различных видах разъяснительной психотерапии. Эта психотерапия предполагает активизацию когнитивного компонента личности, направлена на получение новой информации, советов и рекомендаций, логическое переубеждение пациента, обучение его правильному мышлению, интеллектуализацию, обратную связь, самоэксплорацию, тестирование реальности, универсальность (осознание и ощущение общности). В эту группу входят механизмы лечебного действия, которые в значительной степени снижают уровень неопределенности представлений пациента о своей болезни, личностных проблемах, ближайших целях и задачах, что приводит к дистанцированию от значимых переживаний, которые послужили источником декомпенсации, их обесцениванию.

В различных школах психотерапии (позитивная психотерапия, нейролингвистическое программирование, эриксоновский метод) часто используются притчи. Сказочные сюжеты имеют много аналогий с реальными проблемами пациента. Для эффективного использования сказкотерапии нужно накапливать в памяти разнообразные сюжеты, чтобы избегать стандартности. Желательно, чтобы больной сам принял участие в сочинении сказки. Можно также предложить больному завершить начатую врачом историю. Символический строй притчи должен соответствовать возрасту, образованию и интеллекту пациента.

Различные варианты катартической психотерапии и внушения (суггестии) относятся к симптоматической психотерапии, centered на эмоционально-волевой сфере личности. Катартическая психотерапия используется для эмоционального отреагирования и нейтрализации психотравмирующих переживаний, при этом в терапевтических условиях пациенту предлагается воспроизводство прошлых психотравмирующих ситуаций. Катарсис может достигаться путем полного погружения в психотравмирующую ситуацию или поэтапного приближения к ней (десенсибилизация).

*Суггестивная* психотерапия объединяет группу методов, главным лечебным фактором которых является внушение или самовнушение. Внушение – это директивный метод, основанный на запечатлении в сознании эмоционально окрашенной информации, минуя логический анализ. Слова психотерапевта должны отложиться в памяти больного в том виде, как их произносит врач. Для этого фразы должны быть короткими и громкими. Все слова произносятся уверенно и настойчиво. При внушении подаваемая психотерапевтом информация воспринимается пациентом без критической оценки и влияет на течение нервно-психических и соматических процессов. Суггестия может применяться во время бодрствования, на фоне приема успокаивающих средств или в состоянии гипноза. Наилучшие результаты дает суггестия при снятии внезапно возникших функциональных расстройств: истерических припадков, параличей, приступа бронхиальной астмы, паники. Использовать суггестию для лечения хронических заболеваний нежелательно, поскольку, как и все директивные методики, внушение исключает активное участие пациента в лечении.

В процессе индивидуальной психотерапии преимущественно с эмоциональной сферой связаны также безусловное принятие, толерантность, интерес, симпатия, забота, катарсис, переживание сильных эмоций, проявление интенсивных личных чувств, альтруизм, перенос, идентификация. В этой же плоскости, но с ориентированностью в будущее, находятся вера и надежда, которые выражают частично осознанную возможность достижения цели. Внушение и поддержание надежды, веры в выздоровление имеют место при всех видах психотерапии. В

качестве основного механизма лечебного действия они выступают при использовании прямых суггестивных внушений, плацебо-терапии и некоторых других. Появление перспективы становится новым мотивом, помогающим продолжать лечение и преодолевать трудности.

К методам симптоматической психотерапии, направленным на изменение поведения, относятся различные варианты *поведенческой* психотерапии, некоторые методики аутогенной тренировки, тренинг биологической обратной связи, техники нейролингвистического программирования. К поведенческой сфере могут быть отнесены научение, десенсибилизация, экспериментирование с новыми формами поведения, приобретение навыков социализации. Научение нацелено на избавление от страха, тревоги и какой-либо определенной ситуации, оно не меняет общей установки личности, поэтому относится к суппортивным техникам. Многократное повторение упражнений освобождает человека от тревоги, позволяет ему выработать автоматизм действий в условиях ограниченного времени. К методикам научения можно отнести и группы взаимопомощи больных алкоголизмом, наркоманиями, ожирением.

Отреагирование в действии или игре направлено на творческое самовыражение человека, освобождение от скрытых комплексов, раскрепощение. Примерами такой терапии могут быть занятия аэробикой, танцами, театральными постановками. Кроме групповых возможны индивидуальные занятия по самовыражению, т.е. лепка, рисование, работа в саду. Отреагирование в действии особенно подходит людям с алекситимией, неспособным выразить в словах свой внутренний мир.

В аутогенной тренировке предлагается выработать способность регулировать произвольные функции (мышечный тонус, дыхание, сердцебиение) посредством пассивного самонаблюдения и концентрации внимания.

В нейролингвистическом программировании больному предлагается увидеть себя таким, каким он представляется любящим его людям, рассмотреть в себе достоинства, а не недостатки. Этот прием весьма полезен при депрессивном настроении и пониженной самооценке.

В позитивной психотерапии врач предлагает пациенту сначала вспомнить, как ему прежде удавалось преодолевать препятствия, затем пациент должен определить, чего бы он хотел больше всего, если бы ему это было позволено. Позитивное переосмысление открывает путь к тому, чтобы действовать, как будто препятствий не существует вовсе, а все известные способы преодоления стресса гарантируют успех в достижении намеченного.

Психотерапия осуществляется в индивидуальной или групповой форме. Групповая психотерапия решает те же задачи, что и индивидуальная, но с помощью своих средств. По мнению большинства авторов, ведущим механизмом лечебного действия групповой психотерапии является конфронтация как «столкновение» пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, установками, отношениями, эмоциональными и поведенческими стереотипами. Она осуществляется за счет обратной связи между членами группы и группой как целым. Обратная связь является источником информации для человека, но как источник информации отличается от интерпретации. Интерпретация может быть неадекватной, неточной, искаженной под влиянием собственной проекции интерпретатора.

В психотерапевтической группе благодаря наличию обратной связи каждый из участников получает информацию о том, какие реакции у окружающих вызывает его поведение, как он воспринимается другими, как они реагируют на его поведение, как понимают и интерпретируют его, как его поведение воздействует на других, в каких случаях его интерпретация эмоционального содержания межличностной ситуации оказывается неадекватной и влечет за собой столь же неадекватную реакцию окружающих, каковы с точки зрения других цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение способствует достижению этих целей, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы для него характерны, какую связь видят другие между его прошлым и актуальным опытом и поведением и т.д. Обратная связь дает возможность участнику группы понять и оценить собственную роль в типичных для него межличностных конфликтах и тем самым осознать собственные проблемы, соотнося прошлое и настоящее. Обратная связь несет информацию,

позволяющую пациенту уменьшить слепую область самосознания и таким образом расширять и повышать адекватность собственного образа «Я».

Коррективный эмоциональный опыт в группе включает прежде всего эмоциональную поддержку, т.е. принятие пациента группой, признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его исходя из него самого, его собственных отношений, установок и ценностей. Эмоциональная поддержка оказывает положительное стабилизирующее воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и таким образом корригирует такой важнейший элемент системы отношений, как отношение к себе. Принятие пациента группой способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом групповых психотерапевтических норм, повышает его активность, ответственность, создает условия для самораскрытия. Еще один аспект корригирующего эмоционального переживания связан с проекцией на групповую ситуацию эмоционального опыта, полученного в родительской семье. Анализ этих переживаний на основе эмоционального взаимодействия в психотерапевтической группе позволяет пациенту в значительной степени переработать и разрешить эмоциональные проблемы, уходящие корнями в детство.

Научение в процессе групповой психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Группа создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, собственного поведения, позволяет вычлениить в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания.

Пациентами в качестве основных механизмов лечебного действия групповой психотерапии чаще указываются осознание самого себя и других людей, переживание в группе положительных эмоций, приобретение новых способов поведения и эмоционального реагирования, прежде всего межличностного взаимодействия и поведения в эмоционально напряженных ситуациях.

Разновидностью групповой психотерапии является семейная психотерапия, поэтому многие психотерапевтические техники, применяемые в работе с семьями, относятся к приемам групповой психотерапии. Под семейной психотерапией принято

понимать комплекс психотерапевтических приемов и методов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных отношений. Основными механизмами лечебного действия семейной психотерапии считаются эмоциональное сплочение и поддержка, обратная связь. Эмоциональное сплочение возникает через сопоставление индивидуальных целей у членов семьи, обмен мнениями, надеждами и опасениями и устойчиво прослеживается на всех этапах семейной психотерапии. Обучение членов семьи обратной связи происходит после завершения присоединения психотерапевта к семье как целостной системе. Способность членов семьи давать и принимать неискаженную обратную связь является свидетельством «созревания» семьи и перехода в психотерапии к этапу реконструкции семейных отношений.

### **4.3. Психоаналитически ориентированная психотерапия**

#### **Психодинамическая психотерапия**

В начале XX в. в психологии возникло направление психоанализа, объясняющее психическую жизнь человека с точки зрения динамики различных составляющих психики или личности. Согласно структурной модели личностной организации З. Фрейда личность включает три структуры: Ид, Эго, супер-Эго.

*Ид («Оно»)* – бессознательная часть психики. Содержание бессознательного составляют инстинктивные побуждения, первичные, врожденные, биологические влечения и потребности, которые угрожают сознанию и вытесняются в область бессознательного. В целом психическая жизнь человека рассматривается как выражение бессознательных психических процессов. Бессознательные психические процессы рассматриваются как основные факторы, движущие силы, определяющие и регулирующие поведение и функционирование человеческой личности. Ид ищет немедленного удовлетворения, действует согласно принципу удовольствия.

*Эго («Я»)* формируется под влиянием общества, анализирует, рассуждает, принимает решения, способствует осуществле-

нию желаний Ид, но подчиняется принципу реальности, ищет пути удовлетворения с учетом норм и правил общества. Если давление на Эго является чрезвычайно сильным, то возникает тревога. Тревога вызывает и активизирует защитные механизмы.

*Супер-Эго («сверх-Я»)* служит носителем моральных стандартов, содержит систему ценностей и норм, формируется в процессе воспитания, действует на основе морального принципа. Супер-Эго препятствует реализации этих желаний и стремится подавить их. Нарушение норм приводит к чувству вины.

Столкновение инстинктов, разума и морали приводят к возникновению интрапсихических, или психодинамических, конфликтов. На активное преобразование и переработку конфликтов направлены защитные механизмы. Представление о механизмах психологической защиты сформировалось в рамках психоаналитического направления в психологии. Функция защитных механизмов заключается в том, чтобы не допустить осознания инстинктивных импульсов. Согласно последователям этого направления, психологическую защиту составляет ряд специфических приемов переработки переживаний, нейтрализующих патогенное влияние, которое эти переживания могут оказывать.

Психологическая защита рассматривается как психическая деятельность, направленная на спонтанное изживание последствий психической травмы. Защитная перестройка направлена на снижение эмоционального напряжения, способствуя хотя и временному, но определенному лечебному эффекту и предотвращая дальнейшее развитие психологических и физиологических нарушений. Все защитные механизмы, как правило, действуют преимущественно на неосознаваемом уровне, а также они искажают или отрицают реальность. Одни механизмы психологической защиты действуют на уровне восприятия, другие – на уровне трансформации информации. Устойчивость, частое использование, ригидность, тесная связь с дезадаптивными стереотипами мышления, переживаний и поведения, включение в систему сил противодействия целям лечения делают такие защитные механизмы патологическими. Их общей чертой является отказ личности от деятельности, предназначенной для продуктивного разрешения ситуации или проблемы, вызывавших

отрицательные, мучительные для индивида переживания. Однако далеко не всегда действие механизмов психологической защиты оказывается эффективным. Если тревога не снижается значительно или снижается лишь на непродолжительное время, поскольку защитные механизмы не направлены на активное преобразование и переработку конфликтов, а лишь на вытеснение их в бессознательное, то следствием этого может быть развитие невротического состояния.

Действие защитных механизмов затрудняет исследование бессознательного, для этой цели З. Фрейд разработал особый метод – психоанализ. Практическая задача психоанализа – помочь осознать истинные мотивы вытесненных в бессознательную сферу невротических (нерациональных и травмирующих психику) поведенческих реакций, эмоций и мыслей. Психотерапевт-психоаналитик должен вскрыть и перевести в сознание бессознательные тенденции, влечения и конфликты, т.е. способствовать осознанию. Психоаналитик строит процесс таким образом, чтобы облегчить проявление и понимание бессознательного. Нередко осознание в значительной степени способствует избавлению от невроза и фрустрации или направляет на этот путь. Первый этап психоаналитической терапии заключается в том, чтобы научить клиента воспринимать себя, свое поведение и его мотивы реально, такими, какие они есть на самом деле. Для этого сначала применяется психоаналитическая беседа и анализ поведения клиента, позволяющие психотерапевту тщательно изучить и как можно точнее сформулировать, какие именно причины или мотивы невроза упорно прячутся от сознания клиента, игнорируются им или отрицаются. Таким образом, сущность психоанализа в самом общем смысле – выявление и осознание бессознательного за счет анализа его символических проявлений, свободных ассоциаций, переноса и сопротивления.

Одним из наиболее известных методов З. Фрейда при проведении психоаналитической беседы является *метод свободных ассоциаций*, сущность которого в состоит том, что пациента просят говорить обо всем, что приходит ему в голову, даже если ему это кажется нелепым, не имеющим значения, не имеющим отношения к делу. Психотерапевт анализирует весь этот словесный материал, обращая внимание на периодически повторяю-

щиеся слова, словосочетания, типичные предложения и речевые конструкции. С точки зрения З. Фрейда, вытесненные в бессознательное влечения, тенденции и конфликты имеют символические проявления, иными словами, бессознательное может проявляться символически в виде сновидений и фантазий и различных ошибочных действий (обыденных житейских явлений – оговорки, обмолвки, описки, забывание слов, имен, дат и пр., собственно ошибочные действия).

Следующий ключевой феномен классического психоанализа, выделенный З. Фрейдом, широко известен как *трансфер*, т.е. перенос, – проекция пациентом на психоаналитика тех чувств и отношений, которые ранее были у пациента в отношении какого-либо значимого лица. Отношения переноса воссоздают некую реальность отношений со значимым лицом из прошлого пациента, предоставляя материал для анализа. Для того чтобы создать условия для переноса, психоаналитик в ходе психотерапии ведет себя эмоционально нейтрально, личностно себя не предьявляя.

Сила сопротивления также может свидетельствовать о значимости материала, выявлению и осознанию которого пациент сопротивляется. *Сопротивление* представляет собой тенденцию препятствовать, блокировать раскрытие и осознание болезненных переживаний, воспоминаний, конфликтов.

Таким образом, психодинамический подход подчеркивает важность интрапсихического конфликта для понимания генеза эмоциональных расстройств и их лечения. Психоанализ направлен на выявление у пациента интрапсихического конфликта и его проработку, т.е. необходимо проследить его влияние на актуальное поведение и на интерперсональные отношения.

В настоящее время в рамках психодинамического направления существует много различных школ, однако общим, объединяющим взгляды представителей этого подхода, являются представления о бессознательных психических процессах и психотерапевтических методах, используемых для их анализа и осознания. Разные представители психоанализа по-разному понимают содержание бессознательного и, следовательно, содержательную сторону невротического конфликта.

## Индивидуальная психотерапия А. Адлера

А. Адлер считал, что на поведение, образ мышления и эмоциональные состояния людей влияет не столько прошлое, сколько будущее. При этом основным мотивом, прямо или косвенно детерминирующим поведение, мысли, чувства и ожидания человека, является явное или скрытое стремление к первенству, превосходству над другими, расширению сферы влияния.

А. Адлер рассматривал невроз как конфликт между чувством неполноценности и стремлением к самоутверждению, жаждой власти. Он видел в невротическом состоянии переживание слабости и беспомощности, которое описывал как «комплекс неполноценности». Для преодоления чувства неполноценности и удовлетворения потребности в самоутверждении человек прибегает к механизмам компенсации и гиперкомпенсации. Невротический симптом при этом рассматривается как выражение борьбы, направленной на преодоление чувства недостаточности. Невротический симптом есть результат неудачной компенсации, фиктивный способ повышения собственного достоинства.

Согласно точке зрения А. Адлера, задача психотерапевта – составить четкое представление об индивидуальном стиле жизни клиента, помочь ему правильно понять самого себя, развить и закрепить его социальное чувство. Для выявления и уточнения индивидуального жизненного стиля клиента А. Адлер рекомендовал создавать максимально доверительную и благожелательную атмосферу собеседования, в которой клиент рассказывает о своей жизни, начиная с воспоминаний самого раннего детства. Только после уточнения всех этих моментов психотерапевт должен переходить к объяснению самому клиенту истинных причин тех проблем, с которыми он не смог справиться самостоятельно и потому обратился к психотерапевту.

А. Адлер полагал, что основная задача проведения сеансов психотерапии – осознание клиентом не отдельных своих чувств, поступков, а в первую очередь реальное понимание индивидуального жизненного стиля. Тогда отдельные тревожащие клиента мысли, чувства и поступки впишутся в единый контекст жиз-

ненного стиля и подскажут общую схему их объяснения и коррекции. Важным условием эффективной психотерапии А. Адлер считал кооперацию, сотрудничество психотерапевта и клиента как равных партнеров, объединенных общей целью и промежуточными задачами ее достижения.

### **Аналитическая психотерапия К. Юнга**

К. Юнг рассматривал содержание бессознательного более широко, считая, что оно включает не только подавленные сексуальные и агрессивные побуждения, но и некий интрапсихический материал, имеющий более глубокие исторические корни и представляющий собой врожденный опыт прошлых поколений. С точки зрения К. Юнга, психика человека включает три уровня: сознание, личное бессознательное и коллективное бессознательное.

*Коллективное бессознательное* есть общее для всех людей, существующее независимо от человека психическое содержание, которое представляет собой более глубокий и менее доступный осознанию уровень психической деятельности. Коллективное бессознательное представлено в виде архетипов. *Архетипы* – психические структуры, первичные психические образы, составляющие содержание коллективного бессознательного. Архетипы рассматриваются как первообразы, доминанты, априорные формы организации нашего опыта. Архетипы определяют характер человеческой символики, сновидений, сказок, мифов. Они могут выражать религиозные чувства и имеют значение коллективных символов. К. Юнг рассматривал архетипы как предрасполагающие факторы, внутренние детерминанты психической жизни человека, которые направляют его поведение и дают ему возможность реализовать определенные, общие для большинства людей модели поведения даже в тех ситуациях, с которыми он сам ранее не сталкивался, которых нет в его личном опыте.

*Личное бессознательное*, напротив, связано с прошлым опытом человека и состоит из импульсов, воспоминаний, желаний, переживаний (связанных с личным опытом человека), которые вытеснены или забыты, но достаточно легко могут быть

осознаны. Личное бессознательное содержит комплексы (или организовано в виде комплексов), которые представляют собой совокупность эмоционально заряженных мыслей, тенденций, представлений, воспоминаний, желаний, чувств, связанных с личным опытом индивида. Вытесненные в бессознательное, эти комплексы оказывают существенное воздействие на психическую деятельность человека, его поведение. Комплексы, обладающие высокой степенью аффективной заряженности и вступающие в противоречие с сознательным «Я», и являются источником невротических нарушений.

Психоаналитическая терапия К. Юнга проходит две стадии: аналитическую и синтетическую с подразделением каждой из этих стадий на две части. Первая часть *аналитической* стадии – так называемое признание: клиент с тактичной помощью психотерапевта старается признать, что истинные причины его невроза или мучающей его психологической проблемы оказались вытесненными в сферу бессознательного, так как оказались неприемлемыми для их осознания. Психотерапевт объясняет пациенту, что, несмотря на эти мешающие чувства, необходимо попытаться выявить истинные причины, извлечь их из подсознания, иначе они будут продолжать свое психотравмирующее действие.

Для того чтобы разобраться, какая информация из всего этого окажется нужной и важной для решения проблемы, и предназначена вторая часть аналитической стадии – толкование рассказанного клиентом материала. Здесь применяются многие подходы классического психоанализа З. Фрейда. Вторая стадия данной модели аналитической терапии названа К. Юнгом *синтетической*. Работа на этой стадии предполагает главным образом обучение новым моделям восприятия себя и психотравмирующей ситуации, и вытекающим из этого новым моделям поведения. На этой стадии клиент переходит к реализации новых моделей поведения, исключая или последовательно уменьшающих прошлые ошибки, порождавшие и усугублявшие психологические проблемы, и неврозы. Такое формирование и закрепление моделей не только поведенческих реакций, но и восприятия психотравмирующих ситуаций и самого себя становится ничем иным, как личностным ростом.

Вторая часть второй стадии аналитической терапии К. Юнга называется трансформацией. Эту работу психотерапевта с клиентом К. Юнг характеризует как мини-индивидуацию, или самообучение. В этом периоде психотерапевт, оставаясь равным партнером пациента, постепенно передает ему все больше ответственности за собственное развитие и самостоятельное преодоление психологических проблем.

### **Психокультурный фрейдизм К. Хорни**

Центральное место в теории К. Хорни занимает понятие базальной тревоги как глубокого чувства одиночества и беспомощности, ощущение отсутствия безопасности. В ответ на фрустрацию этой потребности ребенок вырабатывает определенные поведенческие стратегии, которые могут фиксироваться в качестве защитных механизмов в отношении тревоги. Такие фиксированные стратегии К. Хорни рассматривает как невротические потребности. Первоначально К. Хорни выделила 10 основных невротических потребностей, в дальнейшем описала три личностных типа на основании выраженности и преобладания тех или иных невротических потребностей и соответствующих им стратегий поведения: *уступчивая личность* (потребности быть рядом с другими, в признании и любви доминантного партнера – ориентация на людей), *отрешенная личность* (потребности в одиночестве, бегстве от людей, независимости и совершенстве – ориентация от людей) и *агрессивная личность* (потребности в противодействии, власти, престиже, восхищении, успехе, потребность подчинить себе других – ориентация против людей). Для невротической личности характерно доминирование какой-либо одной потребности или одной группы потребностей и соответствующих им стратегий поведения. Такая негибкость, невозможность направить поведение на удовлетворение других потребностей и изменить поведение в соответствии с новыми обстоятельствами не приносит успеха, а только усиливает фрустрацию и усугубляет невротические проблемы.

К. Хорни выделила две основные потребности человека: потребность в безопасности и потребность в удовлетворении. Потребность в удовлетворении включает не только удовлетворение физических потребностей, но также потребности в самооценке и самоуважении, оценке, принятии и признании другими, дости-

жениях. Наличие потребностей в безопасности и удовлетворении является источником постоянных противоречий и конфликтов. Для удовлетворения потребности в безопасности человек пользуется фиксированными стратегиями поведения, т.е. формирует ограничительное поведение относительно безопасными областями, что снижает базальную тревогу, но препятствует реальным достижениям, т.е. фрустрируется потребность в удовлетворении. Стремясь к достижениям, человек вынужден осваивать новые сферы, отказываться от фиксированных стратегий и ограничительного поведения, что приводит к фрустрации потребности в безопасности. Таким образом, наличие этих двух потребностей несет в себе противоречие, которое может привести к неврозу. И в этом смысле различие между здоровьем и неврозом является лишь количественным.

### **Неофрейдизм Э. Фромма**

С точки зрения Э. Фромма, человек характеризуется наличием двух тенденций, или двух потребностей: потребностью в свободе, автономии, собственной идентичности, самовыражении и потребностью в безопасности. Э. Фромм считал, что люди в принципе могут быть свободными и автономными и при этом не терять чувства общности с другими людьми и ощущение безопасности. Такую свободу он назвал позитивной, однако в современном обществе для многих она недостижима. Эти две потребности находятся в постоянном конфликте, так как борьба за личную свободу и автономию приводит к отчуждению от других, к чувству одиночества, отстраненности и фрустрации потребности в безопасности и общности с другими людьми. Человек «убегает» от свободы, чтобы избавиться от чувства одиночества. Причину невроза Э. Фромм видел в бессознательной, компульсивной деятельности – «бегстве от свободы», которая является способом избавления от чувства одиночества, безнадежности и личной ответственности. Э. Фромм описал три основных механизма, или три стратегии бегства от свободы: авторитаризм (садизм и мазохизм), деструктивизм и конформизм. Конфликт между потребностью в свободе и потребностью в безопасности также, как и механизмы бегства от свободы, представлены и у здоровых, и у больных неврозами, но с разной степенью интенсивности.

## Личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия В.Н. Мясищева

По своим основным характеристикам принадлежит к динамическому направлению, основана на психологии отношений (концепция личности) и патогенетической концепции неврозов (биопсихосоциальная концепция невротических расстройств). В рамках этого подхода личность рассматривается как система отношений индивида с окружающей средой, как целостная, организованная система активных, избирательных, социальных и сознательных связей с реальной действительностью. *Отношения* являются ядром личности, они представляют собой внутренние условия, преломляющие и опосредующие воздействия извне. В.Н. Мясищев выделял три группы отношений: отношение к себе, отношения к другим людям и отношения к миру объектов и явлений. Каждое отношение характеризуется тремя компонентами: когнитивным, эмоциональным и поведенческим. *Когнитивный* компонент содержит информацию об объекте отношения; *эмоциональный* – степень привлекательности, желательности или непривлекательности, нежелательности этого объекта, эмоциональное отношение к нему; *поведенческий* – содержит определенные способы поведения и взаимодействия с данным объектом. Отношения личности, определенным образом связанные между собой, образуют систему отношений, которая иерархизована у каждого человека индивидуально, все отношения, входящие в состав системы, имеют различную значимость для человека, что связано с историей развития его личности. Система отношений задает определенные способы поведения, играет направляющую и динамизирующую роль в целостном поведении человека.

Патогенетическая концепция рассматривает невроз как психогенное расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых для личности отношений и проявляющееся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений. Нарушения отношений можно в самом общем виде охарактеризовать как искажение когнитивного компонента вследствие его неосознанности или недостаточной степени осознания и чрезмерное преобладание эмоционального

компонента, что приводит к неадекватности отношения, и оно уже не может обеспечивать адекватную регуляцию поведения. Понимание невроза как психогенного заболевания, в этиопатогенезе которого прослеживается психологически понятная связь между возникновением нарушений, клинической картиной и ее динамикой, с одной стороны, и особенностями системы отношений, личностными особенностями, а также характером и динамикой психотравмирующей патогенной ситуации – с другой, определяет ориентацию психотерапевтических воздействий на коррекцию личности и реконструкцию ее нарушенных отношений.

### **Телесно ориентированная психотерапия**

Одним из наиболее известных методов телесно ориентированной психотерапии является *анализ характера и практика вегетотерапии В. Райха*. Он подчеркивал, что важно обращать внимание на физические аспекты характера, «хронические мышечные зажимы», названные им «мышечным панцирем». В. Райх разработал теорию «мышечного панциря», связав постоянные мышечные напряжения в теле человека с его характером и типом защиты от болезненного эмоционального опыта.

*Телесно ориентированная терапия А. Лоуэна* центрирована на роль тела при анализе характера, включает методику дыхания В. Райха, многие из его техник эмоционального раскрепощения. Сохраняя приближенную к современному психоанализу методику, психологическая работа в биоэнергетике использует прикосновение и давление на напряженные мышцы на фоне глубокого дыхания в специальных позициях, способствуя расширению осознания тела, развитию спонтанной экспрессии, помогая психофизической интеграции организма.

А. Лоуэн считал, что причиной неврозов, депрессии и психосоматических расстройств является подавление чувств, которое сопровождается хроническими мышечными напряжениями, блокирующими свободное течение энергии в организме человека и приводящее к изменению личностного функционирования. А. Лоуэн утверждает, что игнорирование и непонимание собственных чувств приводит к заболеваниям и что ощущения, которые испытывает человек от собственного тела, служат ключом к

пониманию своего эмоционального состояния. Через раскрепощение тела человек обретает свободу от мышечного напряжения, сопровождающуюся свободной циркуляцией жизненной энергии, что ведет к глубинным личностным изменениям пациентов. Зрелая личность в состоянии в равной степени как контролировать выражение своих чувств, так и отключать самоконтроль, отдаваясь потоку спонтанности. Она имеет доступ в равной степени как к неприятным чувствам страха, боли, злости или отчаяния, так и к приносящим удовольствие сексуальным переживаниям, радости, любви. А. Лоуэн считает, что отношение человека к жизни и его поведение отражается в телосложении, позах, жестах, что между физическими параметрами человека и складом его характера и личности имеется тесная связь. Основными приемами биоэнергетики выступают различные манипуляции с мышечными фасциями, дыхательная гимнастика, техники эмоционального раскрепощения, напряженные позы для энергетизации заблокированных частей тела («арка Лоуэна», «тазовая арка»), активные двигательные упражнения, вербальные способы высвобождения эмоций.

М. Фельденкрайз создал свой метод, посвященный проблеме целостного подхода к функционированию организма, так называемую *концепцию телесного осознания*. Он больше внимания уделял осознанию, считая, что только «осознание делает действие соответствующим намерению». М. Фельденкрайз утверждал, что нарушение функций связано не только с наличием неправильных установок, но и с тем, что человек, как правило, производит неправильные действия в процессе выполнения задуманного. По мнению М. Фельденкрайза, в процессе деятельности совершается много лишних, случайных движений, которые препятствуют «целевому действию»; в результате выполняется некоторое действие и противоположное ему в одно и то же время. Это происходит в связи с тем, что человек осознает лишь свои мотивы и результат действия, а сам процесс последнего остается неосознанным.

М. Фельденкрайз считал мышечное движение важнейшей составной частью действий человека и пытался изменить поведение, обучая новому способу управления телом. В своих работах он использовал понятия образа себя и образа действия. Со-

гласно М. Фельденкрайзу, чтобы изменить поведение человека, необходимо изменить образ себя, который нам присущ, а это требует изменения динамики реакций, природы мотивации и мобилизации всех частей тела, которые затронуты данным действием. Цель разработанных М. Фельденкрайзом упражнений в том, чтобы человек был способен двигаться с минимумом усилий и максимумом эффективности благодаря осознанию своих действий. Концентрируя внимание на мышцах, участвующих в произвольных движениях, можно распознать те мышечные усилия, которые излишни и, как правило, не осознаются. При этом появляется возможность избавиться от действий, которые противоречат изначальной цели субъекта. Для реализации своих идей М. Фельденкрайз разработал упражнения, направленные на взаимодействие различных частей тела, дифференцирование ощущений, преодоление стандартных паттернов движения. Он предлагал изменить поведение человека, обучая его более точному управлению движениями посредством совершенствования чувствительности.

*Метод интеграции движений Ф. Александера* – это системный подход, направленный на более глубокое осознание самого себя, метод, стремящийся вернуть организму утраченное психофизическое единство. Ф. Александер считал, что способ функционирования организма, приводящий к болезням, вызывается неправильным (неэффективным) использованием мышц тела, требующим преодоления мышечного напряжения. Он предлагал вместо привычных способов выполнения движений создавать новые, которые помогут улучшить использование собственного тела, что будет способствовать оздоровлению организма. По убеждению Ф. Александера, люди, страдающие неврозом, всегда «зажаты», для них характерно неравномерно распределенное напряжение мышц (дистония) и плохая осанка. Он утверждал, что неврозы «...вызываются не мыслями, а дистоническими реакциями тела на мысли...», что психотерапия без учета мышечных реакций не может привести к успеху и необходимо уделять внимание не столько исследованию причин душевных травм, сколько созданию новой системы управления мышцами.

Ф. Александер считал, что для реализации искомым изменений сначала нужно затормозить (или остановить) свою привыч-

ную инстинктивную реакцию на конкретный раздражитель и только потом, применив директиву, найти более эффективный способ действия в данной ситуации. Он предлагал использовать следующие директивы: расслабить шею настолько, чтобы голова сместилась вперед и вверх для того, чтобы тело смогло вытянуться и расшириться. Важное значение Ф. Александер придавал взаимоотношениям между головой и шеей. «Первичный контроль», описывающий взаимосвязь головы, шеи и тела – главный рефлекс, контролирующий все другие рефлексы, включая координацию и сбалансированное управление телом. Он считал, что вследствие зажима шейных мышц и отклонения головы назад страдает не только естественная координация движений человека, но и нарушается механизм возврата к нормальному состоянию равновесия после движения. В процессе обучения методу Ф. Александера человек должен уяснить, при каких обстоятельствах у него возникает неадекватная напряженность мышц, научиться сознательно тормозить любую рефлекторную попытку произвести соответствующее команде движение, при помощи осознанного действия снять напряжение мышц.

*Метод структурной интеграции, или рольфинг*, представляет собой комплексный подход, направленный на осознание тела, включающий работу над структурой тела, походкой, манерой сидеть, стилем общения. По мнению И. Рольф, нарушение функций человеческого организма связано не только с психическими, но и физическими факторами. Она считает, что нормально функционирующее тело человека в вертикальном положении остается прямым при минимальном расходе энергии, но под влиянием стресса оно изменяется, приспосабливаясь к воздействию последнего. В результате взаимосвязи структур всего тела напряжение в одной области оказывает компенсаторное воздействие на другие части тела. В итоге дезинтеграция костно-мышечной системы приводит к потере уравновешенного распределения массы тела и изменению его структуры, вызывает нарушение нормального функционирования организма.

Метод структурной интеграции включает прямые манипуляции с телом, позволяющие изменить состояние мышечных фасций, восстановить равновесие и гибкость тела. Работа с фасциями приводит к тому, что мягкие ткани суставов занимают

естественное положение, суставы приобретают нормальную подвижность, а мышцы начинают сокращаться более согласованно. Основной составляющей метода является глубокий массаж с помощью пальцев, суставов пальцев и локтей, направленный на систематическое расслабление фасций, что приводит к высвобождению ранее пережитых воспоминаний. В ходе сеанса пациент может заново пережить травматическую ситуацию прошлого. Вместе с тем целью занятий является преимущественно физическая интеграция, эмоционально-поведенческие аспекты процесса не становятся предметом специального анализа.

Достигнутый эффект особенно устойчив, если индивидуум сохраняет осознание изменений, обеспеченных рольфингом, в структуре и функционировании тела. Этой цели служит система «обеспечения структурных паттернов», включающая упражнения с позой и равновесием тела. Многие специалисты отмечают, что рольфинг, достигая положительных сдвигов в физическом состоянии, позволяет в дальнейшем сделать более эффективными психологические методы воздействия.

#### **4.4. Гуманистическое направление психотерапии**

Гуманистическая психология сформировалась как самостоятельное направление в 50-х гг. XX столетия, предлагая новый взгляд на природу человека. Представители гуманистического подхода, А. Маслоу, К. Роджерс и др., отвергая главную идею психоанализа о сексуальности как ведущей побудительной силе психики, полагают, что в каждом человеке от рождения заложено стремление полностью реализовать себя. Предметом гуманистической психологии является личность как уникальное, целостное образование, понять которое за счет анализа отдельных проявлений и составляющих просто невозможно. Основными мотивами, движущими силами и детерминантами личностного развития являются специфически человеческие свойства – стремление к развитию и осуществлению своих потенциальных возможностей, стремление к самореализации, самовыражению, самоактуализации, осуществлению определенных жизненных целей, раскрытию смысла собственного существования. Личность рассматривается как постоянно развивающаяся, стремя-

щаяся к своему «полному функционированию», не как нечто заранее данное, а как возможность самоактуализации.

Самоактуализация является одним из важнейших понятий в гуманистической психологии и понимается как процесс, суть которого в наиболее полном развитии, раскрытии и реализации способностей и возможностей человека, актуализации его личностного потенциала. Самоактуализация способствует тому, чтобы человек мог стать тем, кем он может стать на самом деле, и, следовательно, жить осмысленно, полно и совершенно. Потребность в самоактуализации выступает как высшая человеческая потребность, как главный мотивационный фактор. Продвижение к высшей цели – самоактуализации, психологическому росту, не может осуществляться, пока индивид не удовлетворит низшие потребности, не избавится от их доминирования, которое может быть обусловлено ранней фрустрацией той или иной потребности и фиксацией индивида на определенном, соответствующем этой неудовлетворенной потребности, уровне функционирования. А. Маслоу также подчеркивал, что потребность в безопасности может оказывать существенное негативное влияние на самоактуализацию. Самоактуализация, психологический рост связаны с освоением нового, расширением сфер функционирования человека, риском, возможностью ошибок и негативными их последствиями. Все это может увеличивать тревогу и страх, что ведет к усилению потребности в безопасности и возврату к старым, безопасным стереотипам.

Представители гуманистического направления в психотерапии склонны видеть человека существом природно активным, борющимся, самоутверждающимся, повышающим свои возможности, способным к позитивному росту, поэтому усилия психотерапевта направлены на личностный рост пациента, а не просто на лечение болезни. Патология понимается как уменьшение возможностей для самовыражения, как результат блокирования, подавления внутренних переживаний или потери соответствия им. Невротическая личность рассматривается как страдающая от подавления и фрагментации, а невроз – как основной, универсальный, приводящий к отчаянию результат отчуждения индивидуума от себя, своего общества.

Эмоциональные нарушения отражают блокирование потребности в росте (самоактуализации), вызванное искажениями восприятия или недостатком осознания чувств. Гуманистическая психотерапия основывается на следующих положениях:

1. Лечение есть встреча равных людей («энкаунтер»), а не лекарство, прописываемое специалистом. Оно помогает пациенту восстановить свой естественный рост и чувствовать, и вести себя в соответствии с тем, какой он есть на самом деле, а не с тем, каким он должен быть по мнению других.

2. Улучшение у пациентов наступает само по себе, если терапевт создает правильные условия, такие, при которых пациент может осознать и выражать свои чувства, свободно излагать свои мысли, принять себя. Особенно важно в отношении тех мыслей и чувств, которые они подавляли и которые блокируют их рост. Как и при психодинамическом подходе, терапия способствует инсайту, однако в феноменологической терапии инсайт – это осознание текущих чувств и восприятий, а не бессознательных конфликтов.

3. Наилучший способ создания этих правильных (идеальных) условий – установление отношений, при которых пациент чувствует безусловное принятие и поддержку. Терапевтические изменения достигаются вследствие переживания пациентом этих отношений, а не вследствие применения специфических техник.

4. Пациенты полностью ответственны за выбор своего образа мыслей и поведения.

К. Роджерс начал использовать так называемую **недирективную терапию**, т.е. он позволял своим пациентам решать, о чем говорить и когда, без направления, оценки или интерпретации со стороны терапевта. Суть метода в том, что психотерапевт входит в такой контакт с пациентом, который воспринимается им не как лечение и изучение его с целью диагностики, а как глубоко личный контакт. Согласно К. Роджерсу, индивид взаимодействует с реальностью, руководствуясь врожденной тенденцией организма к развитию своих возможностей, обеспечивающих его усложнение и сохранение. По мере осознания «Я» у индивида развивается потребность в положительной оценке значимым окружением. В дальнейшем удовлетворение или фру-

страция положительной оценки начинает переживаться независимо от взаимодействия с социумом и обозначается как самооценка. Решающую роль в жизни и развитии человека К. Роджерс придает Я-концепции, т.е. его представлению о самом себе. Именно Я-концепция и определяет поведение и поступки человека в тех или иных ситуациях.

Каждый человек считает или чувствует, что он в определенной ситуации должен поступить определенным образом. При этом его мнение о себе чаще всего бывает недостаточно объективным, а иногда и существенно не соответствующим действительности.

В сознание человека изначально не заложена объективная оценка собственного «Я». Однако такая необъективность в значительной мере компенсируется жизненным опытом, который постоянно вносит коррективы в самооценку индивида, позволяя лучше почувствовать свои возможности, а также восприятие себя другими людьми.

Ведущим механизмом в объективизации самооценки и своего поведения является чувство разрешения (или ослабления) внутреннего конфликта, сменяющееся внутренним удовлетворением, которое наступает (или повышается) по мере самореализации.

К. Роджерс считает, что предпосылкой к подлинному и более легкому принятию других является принятие личностной самости, т.е. объективизация самооценки. В свою очередь принятие индивида другими способствует процессу принятия им самого себя в этом же виде.

Можно сказать, что суть процесса личностного роста (по К. Роджерсу) и состоит в постоянно совершенствующейся обратной связи, которая осуществляется как одновременный процесс корректировки своих отношений с другими и своей Я-концепции, уточняющейся в процессе этих взаимоотношений и принятия других.

В терапии К. Роджерса, как и в других видах гуманистической терапии, основная роль переносится с терапевта на клиента. Главная задача терапевта – установление дружеского творческого сотрудничества с клиентом и создание такой атмосферы психологического комфорта и защищенности, в которой клиент

сам начнет «высвободить» и реализовывать потенциальные возможности своего истинного «Я». Именно такая атмосфера ускорит процесс объективизации и принятия реального образа самого себя и других.

Фундаментом лечения К. Роджерса является создание отношения, характеризующегося тремя важными и взаимосвязанными позициями («триада Роджерса»): безусловным позитивным отношением, эмпатией, конгруэнтностью.

Основные последовательные шаги психотерапевтической помощи по К. Роджерсу:

1. Клиент обращается к психотерапевту за помощью.
2. Психотерапевт уточняет причину обращения, т.е. «определяет ситуацию».
3. Психотерапевт создает атмосферу, располагающую к свободному самовыражению клиента.
4. Психотерапевт принимает клиента таким, какой он есть, и помогает лучше понять самого себя.
5. Постепенно выражение позитивных чувств становится все более частым и стабильным.
6. Психотерапевт выявляет движущие силы (истинные причины, импульсы) положительных реакций клиента.
7. Клиент ненасильственно (а за счет создания благоприятной атмосферы искреннего общения) подводится к инсайту (озарению, догадке об истинных причинах своей проблемы).
8. Клиент сознательно приходит к выбору правильной стратегии поведения (психотерапевт лишь помогает точнее осознать этот выбор).
9. Клиент начинает совершать реальные действия, направленные на осуществление выбранной стратегии.
10. По мере убеждения клиента в успешности предпринимаемых действий у него возрастает способность инсайта (озарений, открытий своих резервных возможностей и путей их реализации), что способствует обретению уверенности в себе и чувству независимости (способности к самостоятельному решению своих проблем); растет независимость, а это, в свою очередь, постепенно снижает потребность в посторонней помощи и подкрепляет возрастающее чувство независимости конкретными самостоятельными решениями и действиями.

В отличие от психотерапевта динамического направления, психотерапевт гуманистического (недирективного) направления стремится сосредоточить активность на рефлексии, предпочитает действие слову или, как минимум, комбинирует действие с интроспекцией.

Ф. Перлс перенес закономерности образования фигуры, установленные гештальтпсихологией в сфере восприятия, в область мотивации человеческого поведения. Возникновение и удовлетворение потребностей он рассматривал как ритм формирования и завершения гештальтов. Функционирование мотивационной сферы осуществляется по принципу саморегуляции организма. Человек находится в равновесии с самим собой и окружающим его миром. Для сохранения гармонии нужно лишь довериться «мудрости тела», прислушаться к потребностям организма и не мешать их реализации. Быть самим собою, реализовывать свои потребности, склонности, способности – это путь гармоничной, здоровой личности. Отказ от собственных потребностей и следование ценностям, навязанным извне, приводят к нарушению процесса саморегуляции организма.

В **гештальт-терапии** состояние психического здоровья характеризуется так называемой зрелостью, которая характеризуется в первую очередь реализмом отношения к себе, другим, окружающей действительности, способностью и готовностью нести ответственность за свои поступки. Именно этого не хватает многим невротическим личностям, для которых типичен независимо от возраста «детский» уход от проблем, перекладывание ответственности за них и за выход из них на других людей и обстоятельства. А это, разумеется, не только не решает проблему, но и усугубляет ее.

Важное условие обретения социальной зрелости – обретение индивидом с помощью психотерапевта поддержки в окружающем мире и нахождение такой поддержки в себе самом. Одним из признаков пробуждающейся зрелости можно считать готовность принять на самого себя определенный риск предпринятия активных попыток самостоятельного выхода из фрустрационного тупика. Фрустрационный тупик отличается от реального тупика тем, что данное положение не является объективно безвыходным, а лишь воспринимается так данным чело-

веком. Поэтому психотерапевт должен довести до сознания клиента, что его тупик – фрустрационный, а не реальный, и что из него есть выходы, но они возможны только при решительности и активности его самого. Это выходы к реальности восприятия себя и проблемы из того надуманного состояния, которое оправдывало уход от принятия собственных решений и действий. При этом терапевт сводит свою поддержку к необходимому минимуму, постепенно передавая все больше ответственности самому клиенту. Терапевтическое взаимодействие и поддержка заключается главным образом в создании для клиента атмосферы комфорта, безопасности и в то же время благожелательной критичности, не позволяющей уходить в самообман безвыходности от реальной ответственности за самого себя и решения своих проблем.

Ф. Перлс считал, что на человека и его психологические проблемы влияют не столько прошлые (и тем более ранние детские воспоминания), сколько сегодняшние и в определенной мере ожидаемые события. Этот принцип работы с настоящим, а не с прошлым Ф. Перлс назвал «здесь и теперь».

При проведении работы с клиентом принцип «здесь и теперь» напоминает психотерапевту о важности постоянно возвращать внимание клиента к актуально переживаемой им ситуации, настраивая его на предстоящую совместную работу по решению этой ситуации, а не на уход от нее в размышления о прошлом и будущем. Кроме названного принципа гештальт-терапию отличает ряд положений.

Подчеркивая необходимость целостного восприятия, учет взаимодействия всех внутренних и внешних факторов, воздействующих на клиента, Ф. Перлс выделял в этой целостной картине фигуру и фон. Такой комплексный подход помогает объективнее оценить и каждый из элементов гештальта, ибо то, что в отдельности выглядит недостатком, в комплексе может оказаться важным фактором психической адаптации и взаимодействия других элементов. Гештальт-терапия видит свою задачу в том, чтобы разрушить у клиента порочный гештальт (неправильное, психотравмирующее восприятие себя и ситуации), а затем помочь самому сконструировать новый положительный гештальт. Фактически только сам клиент может выстроить новый, более позитивный с его точки зрения гештальт своей жизни.

Другой важнейший принцип гештальт-терапии – принцип расширения сознания, суть которого в том, чтобы позволить клиенту увидеть казалось бы неразрешимую ситуацию с другой стороны и таким образом найти выход из нее. В более широком смысле расширение сознания позволяет человеку в целом взглянуть по-другому на всю свою жизнь и на себя в этой жизни, увидеть не только пути преодоления препятствий, но и возможности более полной самореализации. Часто приемы расширения сознания целенаправленно используются, чтобы поменять местами фигуру и фон, т.е. фон (или его фрагменты) сделать фигурой (вывести на первый план, в центр внимания), а фигуру (неоправданно занимавшую центральное место в сознании и мешавшую правильному видению ситуации) перевести в фон.

Следующий принцип – работа с противоположностями. Мы вольно или невольно относим людей и их поступки (включая наши собственные) к различным оценочным категориям типа «добрый – злой», «хороший – плохой», «полезный – вредный», «защищающийся – нападающий», «мы – они» и т.д. В гештальт-терапию включены упражнения, которые позволяют убедиться в необъективности оценок, а нередко и в их двойственности. Работа психотерапевта начинается там, где эта двойственность чувств становится «неотвязной», они вступают в мучающее человека противоречие, которое он самостоятельно разрешить не может. Главная задача на этом этапе – помочь клиенту найти что-то «третье», лежащее где-то между этими мучительными для него эмоционально противоположными отношениями и примиряющее их. В идеальном случае сформированное «третье отношение» устраняет из сознания оба предыдущих крайних чувства.

В гештальт-терапии различают пять механизмов нарушения процесса саморегуляции: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия, конфлуенция.

При *интроекции* человек усваивает чувства, взгляды, убеждения, оценки, нормы, образцы поведения других людей, которые, однако, вступая в противоречие с собственным опытом, не ассимилируются его личностью. Этот неассимилированный опыт – интроект – является чуждой для человека частью его личности. Наиболее ранними интроектами являются родитель-

ские поучения, которые усваиваются ребенком без критического осмысления. Со временем становится трудно различить интроекты и свои собственные убеждения.

*Проекция* – прямая противоположность интроекции, причем, как правило, эти два механизма дополняют друг друга. При проекции человек отчуждает присущие ему качества, поскольку они не соответствуют его Я-концепции. Образующиеся в результате проекции «дыры» заполняются интроектами.

*Ретрофлексия*, «поворот на себя», наблюдается в тех случаях, когда какие-либо потребности не могут быть удовлетворены из-за их блокирования социальной средой, и тогда энергия, предназначенная для манипулирования во внешней среде, направляется на самого себя. Такими неудовлетворенными потребностями, или незавершенными гештальтами, часто являются агрессивные чувства. Ретрофлексия при этом проявляется в мышечных зажимах. Первоначальный конфликт между «Я» и другими превращается во внутриличностный конфликт. Показателем ретрофлексии является использование в речи возвратных местоимений и частиц, например: «Я должен заставить себя сделать это».

*Дефлексия* – это уклонение от реального контакта. Человек, для которого характерна дефлексия, избегает непосредственного контакта с другими людьми, проблемами и ситуациями. Дефлексия выражается в форме салонных разговоров, болтливости, шутовства, ритуальности и условности поведения, тенденции «сглаживания» конфликтных ситуаций и т.п.

*Конфлуенция*, или слияние, выражается в стирании границ между «Я» и окружением. Такие люди с трудом отличают свои мысли, чувства или желания от чужих.

Описанные варианты нарушений процесса саморегуляции представляют собой невротические защитные механизмы, прибегая к которым индивид отказывается от своего подлинного «Я». В результате действия перечисленных механизмов нарушается целостность личности, которая оказывается фрагментированной, разделенной на отдельные части. Такими фрагментами, или частями, чаще выступают дихотомии: зависимость – отчужденность, рациональность – эмоциональность, эгоистичность – бескорыстие.

Основная цель гештальт-терапии – интеграция фрагментированных частей личности. Основным теоретическим принципом гештальт-терапии является убеждение, что способность индивида к саморегуляции не может быть ничем адекватно заменена, поэтому особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решения и делать выбор.

Поскольку саморегуляция осуществляется в настоящем, гештальт возникает в «данный момент», то психотерапевтическая работа проводится сугубо в ситуации «сейчас». Психотерапевт внимательно следит за изменением в функционировании организма пациента, побуждает его к расширению осознания того, что происходит с ним в данный момент, для того, чтобы замечать, как он препятствует процессу саморегуляции организма, какие блоки он использует для избегания конфронтации со своим настоящим, «ускользания из настоящего». Значительное внимание психотерапевт уделяет «языку тела», более информативному, чем вербальный язык, которым часто пользуются для рационализации, самооправданий и уклонения от решения проблем. Психотерапевта интересует, что делает пациент в данный момент и как он это делает, например, сжимает ли кулаки, совершает мелкие стереотипные движения, отводит в сторону взгляд, задерживает дыхание. Таким образом, в гештальт-терапии акцент смещается с вопроса «почему?» на вопрос «что и как?». Фрагментирование личности часто устанавливается по рассогласованию между вербальным и невербальным проявлениями.

Технические процедуры в гештальт-терапии называются *играми*. Это разнообразные действия, выполняемые пациентами по предложению психотерапевта, которые способствуют более непосредственной конфронтации со значимым содержанием и переживаниями. Эти игры дают возможность экспериментировать с самим собой и другими участниками группы. В процессе игр пациенты «примеряют» различные роли, входят в разные образы, отождествляются со значимыми чувствами и переживаниями, отчужденными частями личности и интроектами. Цель игр-экспериментов – достижение эмоционального и интеллектуального прояснения, приводящего к интеграции личности. По мере накопления фактов эмоционального прояснения приходит

прояснение интеллектуальное. Число игр не ограничено, так как каждый психотерапевт, пользуясь принципами гештальт-терапии, может создавать новые игры или модифицировать уже известные.

В гештальт-терапии много внимания уделяется работе со сновидениями пациентов. В отличие от психоанализа в гештальт-терапии не интерпретируются сны, они используются для интеграции личности. Ф. Перлс считал, что различные части сна являются фрагментами нашей личности. Для того чтобы достичь интеграции, необходимо их совместить, снова признать своими эти спроецированные, отчужденные части нашей личности и признать своими скрытые тенденции, которые проявляются во сне. С помощью проигрывания объектов сна, отдельных его фрагментов может быть обнаружено скрытое содержание сновидения через его переживание, а не посредством его анализа.

#### 4.5. Когнитивно-поведенческая психотерапия

Одним из направлений психологии является **бихевиоризм**, сформировавшийся в начале XX в. в качестве альтернативы интроспективной психологии. По мнению сторонников бихевиоризма, основателем которого является Дж. Уотсон, единственной психологической реальностью, доступной непосредственному наблюдению и обладающей параметрами, которые можно непосредственно измерить и на которые можно воздействовать, является поведение. Поведение при этом понимается как совокупность реакций организма на воздействия внешней среды, набор фиксируемых стимулов. Предложенная для объективного подхода к изучаемым явлениям схема «стимул-реакция» позволяет связывать между собой разные аспекты поведения человека с соответствующими им стимулами (*классическое обусловливание*). Эта схема рассматривается как основная единица поведения.

Другой известный представитель бихевиоризма Б. Скиннер разработал учение об оперантном поведении (*оперантное обусловливание*). Он усложнил традиционную бихевиористскую схему «стимул-реакция» за счет введения промежуточных пе-

ременных, т.е. психологических образований, которые опосредуют реакции организма на те или иные стимулы. Под промежуточными переменными понимают прежде всего совокупность познавательных и побудительных факторов, действующих между стимулами и ответным поведением. В настоящее время понятие промежуточных переменных трактуется широко и включает сложный комплекс разнообразных психологических феноменов. В качестве промежуточных переменных рассматриваются внимание, представления, склонности, мотивы, установки, отношения и даже сознание. Поведение человека определяется своими последствиями. Устойчивое поведение наблюдается в случае приятных для организма последствий, а в случае неприятных организм избегает соответствующего им поведения. Центральной проблемой бихевиоризма является проблема приобретения индивидуального опыта, или проблема научения как приобретения различных умений и навыков. Научение – это процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений и навыков. Научение рассматривается как появление определенных способов поведения в условиях действия конкретных раздражителей, иными словами, научение является систематической модификацией поведения при повторении одинаковой ситуации. Научение выступает в качестве основного методического принципа и главной задачи поведенческой психотерапии.

Согласно поведенческому направлению здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился в жизни. Невротический симптом рассматривается как неадаптивное поведение, которое сформировалось в результате неправильного научения.

Поведенческая психотерапия, по сути, представляет собой клиническое использование теорий научения, сформировавшихся в рамках бихевиоризма.

Социальное научение основано на представлениях, согласно которым человек обучается новому поведению не только на основании собственного, прямого опыта (как при классическом и оперантном обусловливании), но и на основании опыта других, наблюдения за другими людьми, т.е. за счет процессов моделирования. Этот тип научения также называют *моделированием*, или *научением по моделям*. Научение по моделям предполагает

научение посредством наблюдения и имитации социальных моделей поведения. С точки зрения А. Бандуры, сложное социальное поведение формируется посредством наблюдения и имитации социальных моделей. Наблюдение модели способствует выработке у наблюдателя новых реакций, облегчает реализацию ранее приобретенных реакций, а также модифицирует уже существующее поведение. А. Бандура выделяет три основные регуляторные системы функционирования индивида: 1) предшествующие стимулы (в частности, поведение других, которое подкрепляется определенным образом); 2) обратную связь (главным образом, в форме подкреплений последствий поведения); 3) когнитивные процессы (человек представляет внешние влияния и ответную реакцию на них символически в виде «внутренней модели внешнего мира»), обеспечивающие контроль стимула и подкрепления.

Решающая роль в процессе научения принадлежит не подкреплению стимула или реакции организма, а воздействию на промежуточные (медиаторные) переменные. Иными словами, научение в данном случае направлено на изменение более глубоких, закрытых психологических образований. Конкретные воздействия в рамках медиаторного подхода концентрируются на тех или иных психологических феноменах (промежуточных переменных) в зависимости от того, какие психологические процессы рассматриваются в качестве медиаторных (побудительные, когнитивные и пр.). В настоящее время все более популярными и распространенными становятся когнитивные подходы, которые в качестве промежуточных переменных рассматривают когнитивные процессы. Сторонники этих подходов (например, А. Бек и А. Эллис) исходят из того, что между ситуацией и эмоцией (стимулом и реакцией) находятся когнитивные процессы (например, мысль).

В противовес бихевиоризму был выдвинут **когнитивный подход**, в центре внимания которого сам процесс познания, а не его взаимосвязь только с поведенческой реакцией. Сторонники когнитивной психологии утверждают, что любая ассоциация между стимулом и реакцией создается сначала в мозгу, т.е. в поведении субъекта решающую роль отводят знаниям. Восприятие объекта или события опосредуется мышлением, и, только

осознав это опосредующее звено, можно понять реакцию индивида, прежде всего ее эмоциональные и поведенческие аспекты. Схема взаимодействия окружения и индивида представляется в виде «стимул-реакции» с промежуточной переменной, включающей когнитивную переработку воспринятого.

Когнитивная психология исходит из положения, что психологические нарушения, предшествующие этапу нейрофизиологических расстройств, связаны с нарушением мышления на когнитивной стадии переработки информации. Обозначение, селекция, интеграция, интерпретация предметов и явлений искажают видение объекта или ситуации. Искаженные когниции являются причиной ложных представлений и самосигналов и, следовательно, неадекватных эмоциональных реакций.

В последние десятилетия поведенческая терапия претерпела существенные изменения. Это связано с достижениями экспериментальной психологии и клинической практики. Теперь поведенческую терапию нельзя рассматривать как приложение к классическому и оперантному обусловливанию. Различные подходы в поведенческой терапии наших дней отличаются степенью использования когнитивных концепций и процедур.

Начало когнитивной терапии связывается с деятельностью Дж. Келли, который пришел к выводу, что сердцевиной неврозов является неадаптивное мышление. Проблемы невротика лежат в настоящих способах мышления, а не в прошлом. В задачу терапевта входит выяснение неосознаваемых категорий мышления, которые приводят к страданиям, и обучение новым способам мышления.

Дж. Келли был одним из первых психотерапевтов, которые старались непосредственно изменять мышление пациентов. Это положение лежит в основе многих современных терапевтических подходов, которые объединяются понятием «когнитивная терапия».

В экспериментальных работах в области когнитивной психологии, в частности в исследованиях Ж. Пиаже, были сформулированы ясные научные принципы, которые можно было применить на практике. Даже изучение поведения животных показывало, что надо принимать во внимание их когнитивные возможности для понимания того, как у них происходит научение.

Кроме того, возникло понимание, что поведенческие терапевты, сами того не подозревая, используют когнитивные возможности своих пациентов. Десенситизация, например, использует готовность и способность пациента к воображению. Тренинг социальных умений не является на самом деле обусловливанием: пациенты обучаются не специфическим реакциям на стимулы, а набору стратегий, необходимых для совладания с ситуациями страха. Использование воображения, новых способов мышления и применение стратегий включает когнитивные процессы.

На современном этапе развития психотерапии когнитивный подход в чистом виде почти не используется: все когнитивные подходы в большей или меньшей степени опираются на поведенческие техники. Это справедливо по отношению и к «рационально-эмотивной терапии» А. Эллиса, и к «когнитивной терапии» А. Бека.

В процессе когнитивной терапии специалисты работают на двух уровнях когнитивного процесса: а) с «автоматическими» образами и мыслями, связанными с переработкой текущей информации и являющимися реакцией на происходящее в настоящий момент; б) убеждениями, установками и правилами, представляющими собой систему глубинных представлений индивида о себе и об окружающем мире, в которой зафиксирован его прошлый опыт. «Автоматические» образы и мысли предполагают непроизвольность, быстротечность и бессознательность переработки информации. При этом человек не выбирает информацию для размышлений, а сосредоточивается на ней невольно. Эти мысли резко отличаются от осознанных, при которых сохраняется известный контроль над предметом и логикой размышлений, тем не менее субъективно они переживаются как вполне правдоподобные.

У большинства людей ежедневно отмечаются комбинации контролируемых и автоматических процессов. В случае эмоциональных расстройств доминируют автоматические процессы со специфичным содержанием. Автоматические мысли такого рода непосредственно ведут к эмоциональным и поведенческим реакциям. Степень неадаптивности этих реакций пропорциональна степени мыслительных искажений или преувеличений. Неадаптивность автоматических мыслей, присущие им искаже-

ния или преувеличения в оценках внешней ситуации объясняются дисфункциональностью лежащих в их основе убеждений и установок разного уровня и глубины.

В когнитивной терапии выделяются промежуточные и базисные установки или послылки. Кроме того, выделяются компенсаторные установки, служащие щитом от содержащейся в негативных убеждениях и верованиях угрозы. Например, в ситуациях необходимости выполнения какой-либо работы у больного постоянно актуализируется промежуточная установка: «Если я не справлюсь очень хорошо, значит, я несостоятелен». Вместе с ней актуализируется компенсаторная установка: «Если я не буду стараться, то неудача не будет связана с моей несостоятельностью». В результате на уровне поведения возникает избегание, откладывание работы, выполнение ее в последний момент. Все это сопровождается чувством тревоги. В основе этого сценария лежат более глубокие базисные установки (представления о себе и других людях): «Я несостоятелен», «Другие люди критичны и враждебны». Базисные послылки представляют собой жизненную философию человека, в которой зафиксирован весь его жизненный опыт. Особую роль здесь играют детские впечатления и воздействия семьи. Лица с психическими расстройствами имеют определенные дисфункциональные схемы, которые заставляют их искаженно воспринимать и оценивать текущие ситуации и, соответственно, испытывать отрицательные эмоции и неадаптивно действовать.

Движение на начальных этапах психотерапии происходит от автоматических мыслей к выявлению убеждений. Таким образом, идет постоянный процесс когнитивной концептуализации, т.е. представления проблем клиента в виде диаграмм, включающих три блока:

- 1) проблемные ситуации, чувства, способы поведения и автоматические мысли, связанные с ними;
- 2) промежуточные и базисные установки, стоящие за автоматическими мыслями;
- 3) ранний детский опыт, в котором эти установки сформировались.

На основе когнитивной концептуализации происходит работа по изменению неадекватных мыслей и убеждений. Это

очень непростая задача, так как установки и верования отличаются стабильностью. Диктуя человеку определенные способы поведения, они вновь и вновь подкрепляются его результатами. Например, базисное убеждение типа «Меня никто не любит» делает человека чрезмерно чувствительным к проявлениям любви или отвержения со стороны других, зачастую компенсаторно заставляет «вымогать» знаки признания. Это может вызывать раздражение у людей и желание отдалиться, что подтверждает исходную схему. У здорового человека когнитивные схемы, лежащие в основе восприятия реальности, отличаются гибкостью и способностью изменяться в соответствии с новым опытом. При различных психических расстройствах сложившиеся в травматическом детском опыте когнитивные схемы отличаются большой ригидностью. Новый опыт игнорируется, и процессы ассимиляции резко преобладают над процессами аккомодации. Такая ригидность и устойчивость схем обеспечивается благодаря целому ряду искажений восприятия реальности.

Основные виды алогизмов, содержащихся в автоматических мыслях: 1) произвольное умозаключение – это извлечение выводов при отсутствии подтверждающих данных или явном противоречии фактов; 2) селективное абстрагирование – акцентирование одних элементов ситуации, которые наиболее созвучны взгляду пациента на мир, при игнорировании других ее аспектов; 3) поляризованное (или «черно-белое») мышление – рассуждения, построенные на крайностях; 4) персонификация – склонность относить к себе лично нейтральные события, естественно, при отсутствии или недостатке подтверждающих фактов; 5) максимизация/минимизация или преувеличение/преуменьшение важности событий.

Автоматические мысли и дисфункциональные убеждения характеризуются специфической для каждого расстройства тематикой или предметным содержанием. Для базисных установок и убеждений депрессивных больных характерны жесткость, императивный характер с более частым, чем в норме употреблением таких речевых форм, как «следует» и «должен». Набор таких базисных убеждений А. Бек назвал «тиранией долженствований», подчеркнув сходство этого понятия с понятием «супер-Эго». Упрощенное содержание посылок, директивность, оче-

видный недостаток дифференцированности свидетельствуют об их инфантильной природе. В их развитии и упрочении участвуют следующие онтогенетические факторы: 1) утрата одного из родителей в детстве; 2) наличие родителя, чья система убеждений вращается вокруг темы собственной неполноценности, или родителя, чья система конструкторов состоит из ригидных, жестких правил; 3) дефицит социального опыта и социальных навыков, негативный опыт общения со сверстниками или братьями/сестрами; 4) формирование образа «Я» как отличного от других вследствие наличия физического дефекта. Связанные с дефектом естественная застенчивость и избегание контактов могут препятствовать проверке и изменению межличностно ориентированных детских схем. Содержание когнитивных процессов у больных с тревожными расстройствами связано с предвосхищаемой опасностью, собственной крайней уязвимостью и неспособностью справиться с угрозой.

Терапевтический процесс предполагает два этапа работы. Первый (симптоматически ориентированный этап) предполагает работу с автоматическими мыслями (и связанными с ними эмоциональными и поведенческими реакциями), второй нацелен на проработку глубинных источников расстройств – установок и убеждений. Первый этап предполагает знакомство пациента с основами эпистемологии – сведениями об ограниченности, а зачастую и искаженности знания, поставляемого психическими процессами человека (памятью, восприятием, мышлением); тесной связи между мыслью, с одной стороны, и чувством и действием – с другой, и, следовательно – подведение пациента к мысли о том, что его представления о реальности (а именно с ними сопряжены эмоциональный дискомфорт и дисфункциональное поведение) суть не сама реальность, а лишь гипотетическое представление о ней, нуждающееся в проверке, а в ряде случаев и в изменении. Основная задача, реализующаяся в ходе первого этапа когнитивной терапии – это обучение пациента навыкам осознания автоматических мыслей, их систематической регистрации, оценки и конфронтации с ними.

Таким образом, в работе с автоматическими мыслями можно выделить три основных шага: 1) выявление; 2) оценка; 3) изменение автоматических мыслей на более адаптивные. Основная процедура, помогающая пациенту выявить автоматические

мысли – установление последовательности внешних событий и субъективных реакций на них. В тех случаях, когда пациент не может самостоятельно отследить автоматические мысли в проблемных ситуациях, используются основные процедуры выявления автоматических мыслей: 1) когнитивная репетиция (вариант техники воображения), которая предполагает пошаговое воспроизведение эмоциогенной ситуации в воображении с одновременным самонаблюдением за мелькающими в голове мыслями; 2) техника ролевого проигрывания. Психотерапевт играет роли различных людей из окружения клиента с характерными для них репликами, задача клиента – наблюдать за возникающими во время взаимодействия мыслями, желательно проговаривая их вслух; 3) регистрация в дневнике на основе самонаблюдения в эмоционально значимых ситуациях. В результате такого систематического исследования клиент начинает отчетливо осознавать взаимосвязи между проблемными ситуациями, определенными мыслями, чувствами и физическими ощущениями, возникающими на фоне этих мыслей. Дневниковые материалы становятся предметом обсуждения на терапевтических сеансах.

Второй шаг в работе с автоматическими мыслями – их оценка как гипотез: эмпирическая и логическая проверка.

1. Эмпирическая проверка гипотез требует организации специальных экспериментов по оценке валидности автоматических мыслей. С этой целью используются не когнитивные, а как правило, различные бихевиоральные техники, основное назначение которых в данном случае заключается не только в модификации неадаптивного поведения, но и в коррекции неадаптивных когнитивных продуктов.

Во время терапевтических сеансов пациента обучают навыкам релаксации, техникам контролируемого дыхания в случае панических расстройств, планируемому отвлечению. Затем эти навыки переносятся за рамки сеанса и используются во время эпизодов интенсивной тревоги. Опыт преодоления сильной тревоги используется для проверки предсказаний пациента относительно собственной беспомощности и неспособности совладать с нарастающим переживанием. Техники «активирующей терапии» (совместное с пациентом составление расписания занятий,

расписание «ранжированных» по сложности заданий, терапия «мастерством и удовольствием») помогают не только преодолеть пассивность, но и оспорить обоснованность мнения клиента о собственной непродуктивности, таким образом, сделав его самооценку и эмоциональное состояние более позитивными. Техники «размораживания аффекта» используются в терапии депрессивных состояний и самообвинений. Стимулирование внешнего выражения гнева, визуализация приятных сцен, припоминание приятных событий прошлого (при упорном отборе только негативного материала рекомендуют привлекать родственников), стимуляция жалости и сочувствия к себе, вызывание терапевтом смеха и иронии не только смягчают тоскливый аффект (или меняют его на более стеничную эмоцию гнева), но и оживляют альтернативный жизненный опыт больного. Это позволяет оспорить сопряженные с депрессивным аффектом негативные мысли типа «Я больше не способен радоваться», «Я сам виноват во всем плохом, что происходит со мной», «Жизнь наполнена лишь утратами и страданием».

2. Логическая проверка гипотез также нацелена на вскрытие иррациональных способов мышления. Основным приемом, использующийся в ходе такой проверки, – сократический дедуктивный диалог терапевта с клиентом, в ходе которого терапевт помогает клиенту представлять свои убеждения в форме гипотез и проверять их с помощью многократных наводящих вопросов, которые позволяют ему прийти к самостоятельным выводам.

Еще одна задача логической проверки – обучить клиента выявлению, маркировке и исправлению логических ошибок в суждениях. Эти навыки наряду с навыками осознания автоматических мыслей, эмпирической проверки убеждений служат ценным средством переструктурирования дисфункционального мышления.

Примеры техник, используемых в ходе коррекции алогизмов:

– «шкалирование» – процедура, в ходе которой смягчение крайностей «поляризации» в суждениях больного достигается с помощью введения градаций;

– реатрибуция – пересмотр ответственности за действия и результаты, который приводит клиента к более сбалансирован-

ному представлению о вкладе различных внешних и внутренних факторов в случившееся;

– намеренное преувеличение – доведение идеи до крайности (даже до абсурда) стимулирует переоценку дисфункционального умозаключения;

– оценка объяснений, даваемых поведению других людей; оценка положительных и отрицательных последствий сохранения или изменения убеждений.

Наконец, еще один вариант логической проверки гипотез, часто используемый при склонности к «катастрофизации», – подсчет вероятности самого худшего варианта событий и вероятности того, что это не произойдет.

#### **4.6. Особенности взаимодействия психотерапевта с пациентом**

Взаимоотношения врача и пациента в области психотерапии приобретают особое значение, поскольку они являются одним из наиболее значимых факторов лечения, от которого зависит его успех в целом. Пациент с его индивидуальными особенностями, неудовлетворенными потребностями, уникальной ситуацией и специфическим окружением (семья, друзья, коллеги) в психотерапии является центральной фигурой. Врач же никогда не должен забывать о том, что он призван помогать пациенту двигаться в том направлении, которое человек избрал по своей воле.

Установление контакта можно считать одним из важнейших условий успешности психотерапевтической работы. Если врач не сможет установить доверительных, откровенных отношений с пациентом, вызвать его на сотрудничество, то все дальнейшие усилия, скорее всего, будут бесплодны.

Трудно переоценить значение первой встречи в формировании взаимопонимания и доверия. Во время первого разговора важно не засыпать больного жесткими вопросами, а дать ему возможность высказаться. Врач не может рассчитывать на то, что доверие сложится мгновенно, но искреннее стремление раз за разом выслушивать собеседника приводит к желаемому эффекту.

Вследствие специфики психотерапии врач-психотерапевт в той или иной мере привносит во взаимоотношения с пациентом своеобразие своей личности, собственной системы ценностей, предпочитаемых теоретических ориентаций и психотерапевтических технологий. Для разных направлений психотерапии характерны различные акценты в оценке значимости личностных качеств психотерапевта или психотерапевтических приемов для эффективности лечения. Это различие обнаруживается при сопоставлении психодинамической, поведенческой, клиент-центрированной, рационально-эмоциональной психотерапии.

Основоположники психоанализа в своих трудах неоднократно подчеркивали терапевтическую ценность непосредственного общения врача с пациентом как основного средства глубокого проникновения в психику человека. В психодинамической психотерапии в соответствии с особенностями психоаналитической ситуации врач занимает позицию эмпатической объективности, сдержанности и нейтралитета. Термин «нейтралитет» в данном случае означает не безразличие, пассивность, а уважение к индивидуальности пациента, его праву быть хозяином своей жизни, защиту от вторжения в нее или нарушения ее собственными предпочтениями и потребностями аналитика.

*Перенос* (перенесение, трансфер) – перенесение пациентом на психоаналитика чувств, испытываемых им к другим людям в раннем детстве, т.е. проекция ранних детских отношений и желаний на другое лицо. Первоначальные источники реакций переноса – значимые люди ранних лет жизни ребенка, обычно это родители, воспитатели, с которыми связаны любовь, комфорт и наказание, а также братья, сестры и соперники. Реакции переноса могут обуславливаться более поздними и даже современными отношениями с людьми, но тогда анализ покажет, что эти позднейшие источники вторичны и сами произошли от значимых лиц раннего детства.

Реакции переноса в последующей жизни более вероятны по отношению к людям, которые выполняют специальные функции, первоначально принадлежавшие родителям. Следовательно, возлюбленные, руководители, учителя, актеры, психотерапевты и знаменитости особенно активизируют перенос. Все че-

ловеческие отношения складываются из реальных реакций и реакций переноса. В повседневной жизни перенос возникает самопроизвольно, в том числе в отношениях больного к врачу. Это главным образом бессознательное явление. Перенос может переживаться как эмоции, побуждения, фантазии, отношения, идеи или же защита против них, которые всегда неуместны, неподходящи в настоящем, тогда как в прошлом были вполне адекватными реакциями.

Пациент переносит на врача целую гамму чувств. В зависимости от их характера (нежно-дружеские или злобно-ревнивые) перенос может быть позитивным или негативным. Появление этих тенденций вызвано не какими-либо реальными отношениями, а связано с давними, сделавшимися бессознательными фантазиями и желаниями. Ту часть своей жизни, которую больной не может вспомнить, он снова переживает в своем отношении к врачу. Так, перенос на врача интенсивных нежных чувств не может быть объяснен ни поведением врача, ни сложившимися во время лечения взаимоотношениями. Перенос иногда проявляется в бурном требовании любви, иногда в более умеренных формах; вместо желания быть возлюбленной у девушки может возникнуть желание стать любимой дочерью старого мужчины. У пациентов-мужчин дела обстоят несколько иначе. Та же привязанность к врачу, та же переоценка его качеств, та же увлеченность его интересами, та же ревность по отношению ко всем близким ему, но чаще, чем у женщин, наблюдается враждебный, или негативный, перенос. Враждебность, также, как и нежность, означает чувственную привязанность, подобно тому как упрямство – ту же зависимость, что и послушание, хотя и с противоположным знаком.

3. Фрейд, впервые описавший явление переноса и сделавший его предметом научного изучения, не допускает подчинение подобным исходящим из переноса требованиям пациента. Перенос преодолевается указанием больному на то, что его чувства не вызваны данной ситуацией и относятся не к личности врача, а повторяют то, что с ним уже было раньше. Таким образом, повторение необходимо превратить в воспоминание. Тогда перенос (нежный или враждебный), казавшийся значительной помехой лечению, становится лучшим его орудием, открываю-

щим самые сокровенные тайники душевной жизни. Перенос является носителем жизненно важной информации о прошлом пациента, о его репрессированной истории.

Наряду с переносом существует явление контрпереноса, включающее собственные чувства врача, его отношение к пациенту. Иными словами, *контрперенос* – это реакция переноса у психоаналитика по отношению к пациенту, когда психоаналитик реагирует на своего пациента так же, как на значимую личность в ранней истории своей жизни.

Контрперенос наиболее часто заводит психоаналитическое лечение в тупик, так как врач невольно препятствует полному развитию реакций переноса больного. Например, чрезмерная теплота со стороны психоаналитика может мешать развитию враждебных реакций негативного переноса. Интерпретация некоторых аспектов реакций переноса может быть неполной; скупка психоаналитика говорит о том, что его фантазии по отношению к пациенту заблокированы реакцией контрпереноса. Он может привести к продолжительному неуместному поведению врача по отношению к пациенту в форме стойкого непонимания или поощрения, успокоения и разрешения.

Реакции контрпереноса необходимо выявлять и сдерживать. В таких случаях психоаналитику следует проанализировать свое поведение контрпереноса, т.е. провести «психоаналитическое очищение». З. Фрейд сравнивал психоаналитика с зеркалом: «Врач не должен показывать пациентам ничего, кроме того, что показывают ему». Другими словами, необходимо соблюдать эмоциональную анонимность. Однако подобная анонимность не тождественна молчанию и пассивности психоаналитика, что в отдельных ситуациях будет воспринято пациентом как отсутствие заботы и беспокойства о нем и явится препятствием на пути к терапевтическому успеху. Более того, пассивность психоаналитика может рассматриваться как следствие контрпереноса. В современном психоанализе проявление врачом собственных реакций и чувств допустимо и даже желательно, однако речь идет о реалистических чувствах, а не о чувствах контрпереноса.

В последнее время термин «контрперенос» изменил свое первоначальное значение и употребляется для описания почти всех эмоциональных реакций психотерапевта на пациента. Та-

кие реакции могут быть как помехой, так и источником лучшего понимания пациента. Отмечая собственные эмоциональные реакции и оценки, психотерапевт рассматривает их как отражение сигналов, идущих от больного, находящегося в состоянии внутреннего конфликта. Использование понимаемого таким образом контрпереноса для формулирования и проведения интерпретаций может стать одним из самых действенных терапевтических инструментов.

В аналитической психологии К. Юнга решающую роль в успехе психотерапии играют не столько узкоспециальные знания психотерапевта, сколько степень его развития как личности. По этой причине К. Юнг первым ввел обязательный учебно-тренировочный анализ для всех желающих профессионально заниматься аналитической психологией. Он настаивал на необходимости рационального, разумного контакта между аналитиком и пациентом. Врач, стремящийся к пониманию больного, приближается в процессе анализа к своему собственному бессознательному и сталкивается с тем, что превращает его в «раненого целителя». К. Юнг одним из первых использовал контрперенос как терапевтический инструмент, он считал его важным источником информации для психотерапевта. Аналитик способен настроиться на внутренний мир пациента в такой степени, что начнет чувствовать или вести себя в манере, которую позднее может осознать как продолжение внутриспсихических процессов последнего, спроецированных на него.

Личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия диктует психотерапевту активный, но гибкий стиль поведения, преимущественно с эмпатическим подходом, при котором удастся избежать крайностей директивного и недирективного стилей.

Противоположным является поведение психотерапевта в ходе поведенческой психотерапии. В этом случае врач, как правило, директивно управляет лечебным процессом и добивается желаемых целей, используя определенные психотерапевтические приемы. Важными свойствами психотерапевта является профессиональная манипуляция процессом взаимодействия с пациентом, умение поощрять и подкреплять его полезные реак-

ции, убеждать и скрыто внушать. Вместе с инструкциями он дает советы и рекомендации, выступает в роли учителя.

В рамках гуманистического направления психотерапии вопросы взаимоотношения психотерапевта и пациента особенно хорошо разработаны в клиент-центрированной психотерапии К. Роджерса. Эти отношения характеризуются аутентичностью, безусловной положительной оценкой, эмпатией.

*Аутентичность* – понятие, разработанное в гуманистической психологии и психотерапии, отражающее одну из важнейших интегративных характеристик личности. Границы понятия «аутентичность» нечетки, часто в качестве синонимов этого термина используются такие определения, как «конгруэнтность», «подлинность», «полноценно функционирующая личность», «свобода», «самоактуализация», «самость», «целостная личность». Аутентичность психотерапевта означает согласованность между тем, что терапевт чувствует, и тем, как он ведет себя по отношению к клиенту. Переживание конгруэнтности психотерапевта позволяет клиенту увидеть, что открытость и честность могут быть основой человеческих отношений.

Для психотерапевта характерна *безусловная положительная оценка* по отношению к пациенту. Обычно в определение положительной оценки входят такие понятия, как сердечность, расположение, уважение, симпатия, принятие и др. Безусловно, положительно оценивать другого – значит оценивать его позитивно, независимо от того, какие чувства вызывают его определенные поступки. Психотерапевт должен показать, что он искренне заботится о клиенте, принимает его как человека и доверяет его способности изменяться. Это требует готовности слушать клиента не прерывая его, принятия того, о чем говорится, без суждения и оценки.

Психотерапевт эмпатически воспринимает пациента. Обладать *эмпатией* – значит воспринимать субъективный мир, охватывающий весь комплекс ощущений, восприятий и воспоминаний другого, доступных сознанию в данный момент, воспринимать правильно, с присущими эмоциональными компонентами и значениями, как если бы воспринимающий сам был этим другим человеком. Знания субъективного мира пациента, полученные

эмпатически, приводят к пониманию основы его поведения и процесса изменения личности.

Современное понимание эмпатии как постижения эмоционального состояния, проникновения, вчувствования во внутренний мир другого человека предполагает наличие трех видов эмпатии: эмоциональной, основанной на механизмах отождествления и идентификации; когнитивной, базирующейся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии), и предикативной, проявляющейся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанном на интуиции.

Врачи-психотерапевты с высоким уровнем эмпатии – это чаще молодые начинающие врачи с небольшим стажем работы, для которых характерны сенситивность, неуверенность в себе, тревожность, ответственность. Достаточно низкий уровень удовлетворенности настоящей жизненной ситуацией при более высоких показателях надежд на будущее свидетельствует об относительно низкой социальной уверенности в своей профессиональной компетенции, что в общем характерно для молодых специалистов с небольшим профессиональным опытом. Для этой подгруппы типична общая тенденция эмоциональной включенности в проблемы пациентов; сопереживая, они строят процесс общения за счет отдачи своего эмоционального потенциала. Таким образом, для врачей-психотерапевтов с высокой эмпатией характерен эмоциональный вид эмпатии.

Врачи-психотерапевты со средним уровнем эмпатии отличаются в целом адекватной самооценкой, уравновешенностью, социальной уверенностью, высоким личностным потенциалом и высокой степенью адаптации к жизненным ситуациям, что подтверждается такими экспериментально-психологическими показателями, как уровень удовлетворенности жизнью с адекватно-реалистическим взглядом на жизненные перспективы, современную жизненную ситуацию и на прошлый опыт. Следовательно, психотерапевтов со средним уровнем эмпатии можно охарактеризовать как людей, не только стремящихся к пониманию пациента и имеющих большой профессиональный опыт, но и обладающих прогностической способностью, а также высокой коммуникативной компетенцией. Из этого следует, что для вра-

чей-психотерапевтов этой подгруппы характерна когнитивная и предикативная эмпатия, проявляющаяся в способности прогнозировать аффективные реакции пациента.

Для врачей-психотерапевтов с более низким уровнем эмпатии характерны усталость от жизненных невзгод, общая астенизация, погруженность в личностные невзгоды, сосредоточенность на собственном «Я». Высокая оценка уровня своих достижений и достаточно высокий уровень надежд на будущее контрастирует с очень низкими показателями удовлетворенности настоящей жизненной ситуацией. Это свидетельствует о том, что у врачей-психотерапевтов с низким уровнем эмпатии возможны различные ее виды с преобладанием эмоциональной эмпатии.

Представители гуманистической психотерапии полагают, что при отсутствии триады (качеств психотерапевта) К. Роджерса психотерапевтический процесс не может быть полноценным. Каждый психотерапевт отвечает этим условиям до определенной степени, и, как отмечает К. Роджерс, «одни несовершенные люди способны оказывать психотерапевтическую помощь другим, также несовершенным людям»; однако, чем более выражены эти условия, тем более успешным будет психотерапевтический процесс и тем более значительной будет степень происходящей при этом интеграции личности.

Рабочий альянс терапевта и пациента в когнитивной терапии имеет свою специфику, которую А. Бек определяет как «*эмпирическое сотрудничество*». Предполагается, что пациент и терапевт работают вместе над представлением идей пациента в форме гипотез, проверкой их достоверности и поиском альтернативы в тех случаях, когда они эмпирически не подтверждаются. Ожидается, что пациент обучится умению фокусировать автоматические мысли, соотносимые с разным эмоциональным опытом, распознавать дисфункциональные базисные послышки и конфронтировать с ними. Когнитивная терапия предполагает искренность, теплоту и аутентичность поведения терапевта, а также высокую степень его активности и директивности. Каждый сеанс в когнитивной терапии разворачивается по плану: выяснение чувств и мыслей пациента после прошлого занятия,

обзор домашних заданий, совместная выработка темы настоящего сеанса, предписание домашних заданий, краткое резюме проделанной сегодня работы. Однако когнитивный терапевт не всегда следует данному образцу и, принимая во внимание происходящее на сеансе, готов отойти от плана и работать по принципу «здесь и теперь».

Стиль работы психотерапевта в ходе рационально-эмоциональной психотерапии определяется необходимостью активного сотрудничества пациента по типу *партнерства* на всех стадиях психотерапии. Установлению оптимального взаимодействия помогают такие характеристики психотерапевта, как способность к эмпатии, дозируемая открытость, умение сосредоточиться на конкретной проблеме и не уходить при необходимости от конфронтации. Взаимоотношения временами могут приобретать образовательный характер по типу учебного союза «учитель – ученик».

Психотерапевту необходимо знать свои коммуникативные особенности, способы преодоления трудностей в жизни, проблемы. Нередко бессознательная потребность врача в подчинении и одобрении со стороны пациента, чрезмерное стремление руководить им и опекать его, нетерпимость к противодействию, негативным реакциям или агрессивности больного затрудняют установление надлежащего контакта. На ход психотерапии может отрицательно влиять заниженная самооценка психотерапевта, неуверенность, пассивность, поиск признания. Кроме того, сам процесс психотерапии может быть источником психологического дискомфорта для специалиста. С одной стороны, он не должен погружаться в переживания больного, чтобы объективно оценивать ситуацию, с другой – должен быть открытым для его чувств, чтобы понять его. Врач обязан сохранять самообладание при отрицательных реакциях пациента по отношению к нему.

Показателем профессионализма психотерапевта является его способность сознательно и пластично занимать различные позиции, исходя из интересов пациента и требований используемых методов. Директивный подход позволяет быстро успокоить больного, настроить его на сотрудничество с врачами. В

процессе выздоровления все более важными становятся недирективные методы, которые основаны на распросе пациента, изучении его мнения, самостоятельном поиске и сравнении нескольких способов выхода из ситуации. Такие методы развивают в пациенте независимость, уверенность, что он сам способен помочь себе в случае необходимости.

#### **4.7. Клинические основы психотерапии**

Психотерапия является сложной междисциплинарной категорией, находящейся на стыке нескольких направлений человеческой деятельности – теории и практики медицины и психологии, философии и религии, науки и искусства. Существовая с древнейших времен как форма помощи одного человека другому, находящемуся в состоянии кризиса или болезни, данный вид деятельности приобрел научное содержание лишь в последнее столетие. Формирование психотерапии как науки не завершено до сегодняшнего дня. В то же время мы являемся свидетелями бурного расцвета непосредственной практики психотерапии, свидетельством чего является постоянно увеличивающееся число различных методов психотерапии.

Психотерапия как основной или дополнительный вид терапии применяется в комплексной системе лечения пациентов с разнообразными заболеваниями. Выбор методов психотерапии определяется психологическими факторами этиопатогенеза заболевания, личностными особенностями пациента, конкретными клиническими характеристиками болезни, нозологической принадлежностью болезни. Для решения задач патогенетической терапии необходимо учитывать клинические особенности личности больного. Наиболее существенным показанием к психотерапевтической работе с конкретным пациентом является роль психологического фактора в возникновении и течении болезни. Чем больше удельный вес психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, тем более показана психотерапия и тем большее место она занимает в системе лечебных воздействий. Иными словами, чем более выражена психогенная природа заболевания, тем более адекватным и необходимым становится применение психотерапевтических методов.

Показания к психотерапии также обусловлены возможными последствиями заболевания, которые могут быть связаны с клиническими, психологическими и социально- психологическими проблемами. Во-первых, это возможная вторичная невротизация, т.е. невротическая симптоматика вызвана 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, анозогнозическая или, напротив, ипохондрическая и т.д.) также нуждается в коррекции психотерапевтическими методами. В-третьих, речь может идти о наличии психологических и социально-психологических последствий. Тяжелая болезнь, изменяющая привычный образ жизни пациента, может приводить к изменению социального статуса; невозможности реализации и удовлетворения значимых для личности отношений, установок, потребностей, стремлений; 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 и пр. В-четвертых, в процессе длительного или хронического заболевания возможна динамическая трансформация личностных особенностей, т.е. формирование в ходе болезни повышенной чувствительности, тревожности, мнительности, эгоцентричности, и пр., нуждающихся в корригирующих воздействиях. Безусловно, 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.

В самом общем смысле можно говорить о двух клинических предпосылках широкого и эффективного применения психотерапии. Во-первых, это прямое использование ее лечебного действия при значительном круге заболеваний, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит определяющая (неврозы) либо весьма существенная роль (другие пограничные

состояния, психосоматические расстройства). Во-вторых, ее лечебно-профилактическое значение с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни, их последствия, влияния специфических соматических расстройств на психологическое функционирование индивида, его поведение.

### **Психотерапия невротических расстройств**

В настоящее время невроз можно определить как функциональное, психогенное, личностное расстройство, которое проявляется преимущественно эмоциональными, поведенческими и соматовегетативными нарушениями. Представления о неврозогенезе тесно связаны с психологическими теориями личности.

В рамках психодинамического подхода невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием. Вытесненные в бессознательное, инстинктивные потребности и влечения проявляются либо в социально приемлемых формах поведения, а если это невозможно – в виде невротических симптомов. З. Фрейд выделял три типа психоневроза: истерическая конверсия, истерический страх (фобия) и невроз навязчивых состояний. Симптом рассматривается как осуществление компромисса между подавляемым желанием и требованиями подавляющего фактора. Психотерапия будет направлена на достижение осознания этого конфликта и собственного бессознательно-го. Осознание достигается за счет толкования свободных ассоциаций, сновидений, ошибок, обыденного поведения, а также анализ сопротивления и переноса. Сама психоаналитическая процедура строится таким образом, чтобы способствовать проявлению бессознательного. Именно этим определяется содержание процесса психотерапии, степень его структурированности, стратегия и тактика психотерапевта, его роль и позиция, уровень активности, интенсивность и частота сеансов.

Сторонники поведенческого подхода психотерапии невротический симптом рассматривают как неадаптивное поведение. Нарушения поведения являются приобретенными, представляют собой усвоенную неправильную реакцию, которая не обеспечивает необходимый уровень адаптации. Эта неадаптивная реакция формируется в процессе «неправильного» научения. Таким образом, целью психологического вмешательства является нау-

чение, т.е. замена неадаптивных форм поведения на адаптивные. Методически научение осуществляется на основании моделей научения: классическое и оперантное обусловливание, научение по моделям, социальное научение.

В противовес поведенческой психотерапии сторонники когнитивной модели развития невротических расстройств исходят из того, что психологические нарушения, предшествующие этапу нейрофизиологических расстройств, связаны с нарушениями на когнитивной стадии переработки информации, которые искажают видение объекта или ситуации. Клинические симптомы возникают за счет искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и обобщениях. Искаженные когниции являются причиной ложных представлений и, следовательно, неадекватных эмоциональных реакций. Задача когнитивной психотерапии – найти и вскрыть искажения мышления и исправить их. Человека можно обучить сосредоточиться на мыслях, связать ситуацию, обстоятельства с эмоциональным ответом.

С точки зрения А. Эллиса, эмоциональные расстройства обусловлены иррациональными убеждениями или установками. Если человек не может реализовать иррациональные установки, то следствием этого являются длительные, не адекватные ситуации эмоции, которые препятствуют нормальному функционированию индивида.

Согласно экзистенциально-гуманистической психологии большим неврозом является человек, хронически препятствующий удовлетворению собственных потребностей. Отказ от собственных потребностей и следование ценностям, навязанным извне, приводит к нарушению процесса саморегуляции организма. Невротические расстройства рассматриваются как результат блокирования специфически человеческой потребности: как результат невозможности самоактуализации, отчуждения человека от самого себя и от мира, невозможности раскрыть смысл собственного существования.

Согласно теории В.Н. Мясищева в возникновении невроза определяющее значение имеет отношение личности к психотравмирующей ситуации как к патогенной, психическая травма не играет главной роли. Значимость источников переживаний, определяемая особенностями воспитания, является условием

аффективного напряжения. Особенности структуры личности определяют противоречивое отношение личности к сложной психотравмирующей ситуации, т.е. формируется интрапсихический невротический конфликт. В.Н. Мясищев описывает три основных типа невротических конфликтов: неврастенический, истерический, обсессивно-психастенический.

*Неврастенический* тип невротического конфликта определяется как противоречие между актуальными возможностями личности, с одной стороны, и ее стремлениями, завышенными требованиями к себе – с другой, или несоответствие личности и возможностей их осуществления (характерен для неврастении: «я хочу, но у меня не хватает сил»). Возникновению конфликта этого типа способствует определенное воспитание, когда стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета физических и психических возможностей и ресурсов. Источником болезни является неумение личности при данной конкретной ситуации справиться со стоящей перед ней задачей даже при самом активном стремлении разрешить ее. Не умея найти правильного решения задач при максимальных усилиях, человек перестает справляться с работой, утрачивается или снижается продуктивность его труда. Вместе с тем его организм дезорганизуется в функциональном отношении: рассеивается внимание, обостряется аффективность, появляется озабоченность, тревога и неуверенность, нарушаются сердечная деятельность, желудочно-кишечные и другие функции.

*Истерический* тип невротического конфликта характеризуется чрезмерно завышенными претензиями личности, которые сочетаются с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих (характерен для истерического невроза: «я хочу, хотя и не имею права»). В генезе этого типа конфликта также существенную роль играют особенности воспитания, когда стимулируется стремление ребенка быть в центре внимания окружающих (воспитание по типу «кумира семьи»). Для таких лиц характерно несоответствие требований, потребностей личности ее реальным внутренним ресурсам в сочетании со склонностью недооценивать или игнорировать объективные реальные условия и возникающий перевес требовательности к окружающему над требованиями к

себе. З. Фрейд указывал, что в основе истерии лежит неосуществленное желание. В.Н. Мясищев соглашается с тем, что патогенным стержнем истерического образования являются неудовлетворенные тенденции, потребности, желания, иррационально перерабатываемые личностью.

Совершенно иной характер истерического конфликта по сравнению с неврастеническим выражается в совершенно иных болезненных проявлениях. Эгоцентризм при противопоставлении себя действительности должен выступать несравненно ярче. Тенденциозно-личный характер аффективности – агрессивность и претенциозность, конфликт с действительностью являются и следствием, и причиной относительного перевеса аффекта над логикой у истерика. Уловки, фикция и обман могут быть следствием и причиной истерического столкновения с неудовлетворяющими и травмирующими ее сторонами. Поэтому истерия выступает прежде всего как «конфликтный» невроз, где конфликт, однако, происходит у личности не столько с самой собой, сколько с теми или иными внешними обстоятельствами, хотя сам больной в ряде случаев является их виновником. Он не может ни подчинить действительность своим требованиям, ни отказаться от них, подчиняясь действительности.

*Обсессивно-психастенический* тип невротического конфликта характеризуется противоречивыми внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, принципами и личными привязанностями, инстинктивными влечениями и этическими надстройками (характерен для невроза навязчивых состояний: «я хочу, но не могу решиться»). Личность внутренне «расщепляется», и этот «внутренний конфликт», внутреннее раздвоение характерно для невроза навязчивых состояний. Неразрешающееся напряжение наиболее ярко выражается в состоянии нерешительности, сомнения, при котором личность колеблется в борьбе двух противоположных тенденций, причем или ни одна не приобретает перевеса, и человек страдает сомнениями, нерешительностью, раздвоением, или же одна из двух тенденций приобретает перевес, но, встречая противодействие другой, обнаруживается в навязчивом симптоме.

Противоречие или несоответствие потребности и возможности ее удовлетворения, цели и возможности ее достижения

приводит к неврозу только тогда, когда они продуктивно не разрешаются. Патогенность ситуации, таким образом, заключается в неумении рационально, иначе – продуктивно, преодолеть трудность или неспособность отказаться от неосуществимых стремлений. Приводящая к неврозу патогенная ситуация характеризуется ее индивидуальной и относительной неразрешимостью, т.е. неразрешимостью для данного субъекта в данной обстановке, его неспособностью или неумением найти продуктивный, рациональный выход в данных условиях.

В условиях неразрешенного противоречия нарастает нервно-психическое напряжение, прежде всего аффективное. Оно в свою очередь обостряет противоречие, усиливает трудности, затрудняя рациональное решение, создавая конфликты, повышая неустойчивость и возбудимость человека, углубляя и болезненно фиксируя переживания.

Нарастающее и неразрешающееся напряжение создает вначале лишь предпосылки к возникновению невроза, в дальнейшем же влечет за собой психическую и физиологическую дезинтеграцию личности, которая проявляется уже в картине заболевания. Аффективность становится чрезмерной и фиксированной. Волевое управление, самоконтроль нарушаются и сменяются картиной безволия и всплесками односторонних и непродуктивных напряжений. На место объективного, логического мышления вступает субъективное фантастическое, символическое, кататимное.

Многочисленные проявления вегетативных висцеральных нарушений основных функций организма являются выражением глубоких физиологических сдвигов. Функциональная дезорганизация личности, таким образом, сказывается в нарушении как сложных, высших, психосоциальных форм поведения (психической переработки), так и более элементарных физиологических реакций.

Таким образом, невроз следует рассматривать как психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для нее переживания: неудачи в жизненной борьбе, неудовлетворение потребностей,

недостигнутая цель, невосполнимая потеря. Неумение найти рациональный и продуктивный выход влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности.

Следовательно, противоречие само по себе не создает невроза, необходимым условием является нерациональное и непродуктивное его разрешение, субъективный, иррациональный, связанный с повышением аффективности способ переработки. Аффективное напряжение в свою очередь не представляет еще невроза, но в том случае, когда оно дезорганизует психическую и соматическую деятельность, мы имеем дело с болезнью – неврозом.

Основная цель психотерапии – изменение нарушенной системы отношений больного, коррекция неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, необходимой предпосылкой которой является осознание больным причинно-следственных зависимостей между особенностями его системы отношений и заболеванием. Это в свою очередь требует от психотерапевта глубокого и всестороннего изучения личности пациента, эмоционального реагирования, знания индивидуального своеобразия его мотиваций, структуры и функционирования системы отношений и, следовательно, важнейшего звена этиопатогенетических механизмов возникновения и сохранения патологического состояния.

В то время как лично ориентированная психотерапия наиболее полно реализует этиопатогенетический подход к пониманию и устранению причин и механизмов развития неврозов, другие методы, используемые при неврозах, основаны на симптоматических психотерапевтических воздействиях, т.е. направлены в большей степени на смягчение или ликвидацию невротической симптоматики.

С помощью гипнотерапии можно воздействовать практически на все симптомы при неврозах, касающиеся как их основных психопатологических проявлений (страх, тревога, астения, депрессия), так и других невротических синдромов (нейровегетативные и нейросоматические, двигательные и чувствительные расстройства и т.д.). Гипнотерапия при неврозах может проводиться в форме индивидуального гипноза и в группе.

Метод аутогенной тренировки наиболее показан при неврастении (общевевротическая симптоматика, нейровегетативные и

нейросоматические синдромы при более высокой эффективности в случае преобладания симпатического тонуса, нарушения сна, особенно засыпания, состояния тревоги и страха, нередко выраженные фобии, в особенности при сочетании аутогенной тренировки с условно-рефлекторными методами, сексуальные нарушения и т.д.). В меньшей степени этот метод показан больным с выраженными астеническими, ипохондрическими, обсессивно-фобическими расстройствами и с истерическим неврозом.

При лечении неврозов широко используется рациональная психотерапия как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами, а также с целью подготовки, например, к групповой психотерапии. Метод адресуется логическому мышлению пациента, в качестве лечебных факторов выступают авторитет врача, убеждение, переубеждение, разъяснение, одобрение, отвлечение и др. Таким образом изменяют неадекватное отношение больного к заболеванию, разъясняют ему сущность невроза.

Для лечения этой группы заболеваний могут с успехом использоваться и другие известные методы психотерапии: катарсическая психотерапия, библиотерапия, арттерапия и т.д.

Наряду с общими целями и задачами, решаемыми при психотерапии неврозов (как психогенных заболеваний, имеющих общую природу), своеобразие их клинического проявления требует известной индивидуализации лечения, предпочтительного использования при различных невротических формах и синдромах тех или иных методов психотерапии.

Спецификой немедикаментозной терапии социальных и специфических (изолированных) фобий является акцент на когнитивно-поведенческие методы коррекции самооценки и ожидаемого восприятия себя окружающими. Крайне необходимы расширение и тренировка навыков социального поведения.

В лечении генерализованного тревожного расстройства хорошо зарекомендовали себя некоторые психосоциальные подходы в сочетании с лекарственной терапией. При наличии выраженных опасений показана прогрессивная релаксация в сочетании с когнитивно-поведенческими методами или кратковременная раскрывающая психодинамическая психотерапия. При выраженности сопутствующих расстройств личности или невротической патологии может понадобиться психоаналитическая

терапия. Успешной является и тренировка копинг-поведения на сознательном уровне с соответствующим манипулированием в среде повседневной деятельности больного.

Протоколы самонаблюдения используются для того, чтобы ежедневно регистрировать тревогу, соматические нарушения и специфические факторы, вызывающие тревогу. В рамках самонаблюдения пациент должен понять на основе собственного опыта, что преувеличенные озабоченность и опасения вызваны определенными внешними или внутренними раздражителями, а не возникают сами по себе. В рамках терапии релаксационный тренинг применяется уже на первых сеансах, чтобы пациенты овладели методом, с помощью которого можно контролировать физиологический уровень тревоги. Прогрессирующая мышечная релаксация применяется для активного достижения релаксации. С помощью когнитивного метода происходит идентификация автоматических мыслей, оценка когнитивных искажений. Выясняется, какие мысли непосредственно связаны с возникновением опасений, какие когнитивные искажения лежат в основе опасений, физической тревоги и избегающего поведения и как эти неадекватные мысли могут быть изменены или заменены более адекватными.

Отдельные случаи агорафобии без панического расстройства в принципе курабельны одними лишь поведенческими методами психотерапии. Панические приступы блокируются медикаментозно, избегающее поведение в промежутках между приступами корригируется психотерапевтическими и поведенческими методами. Успешная блокада панических эпизодов делает возможным увеличение времени пребывания больного в ситуациях, вызывающих у него тревогу. Приобретаемый больным опыт нахождения в этой ситуации без тревожных реакций в свою очередь снижает страх ожидания и вероятность повторения приступа.

Цель психодинамической терапии при агорафобии – проработка конфликтов раннего детства, отражающихся на неосознаваемом страхе расставания с эмоционально значимыми объектами актуальной жизни, осознание символического характера поведения избегания, вторичных выгод симптомов. Когнитивные методы направлены на коррекцию зафиксировавшихся

ошибочных представлений больных, в соответствии с которыми на не угрожающие жизни соматические ощущения они дают гиперболизированные реакции, доходящие иногда до катастрофического уровня. Поведенческие методы включают тренировку дыхания, предотвращающую гипервентиляцию, разного рода техники десенситизации в сочетании с мышечной релаксацией или медитацией, способствующие снижению тревоги. При этом практикуется постепенное повышение фобогенности ситуаций (от воображаемых до реальных), которым подвергается больной. Достижимое в тренинге уменьшение тревоги в прежде угрожающих ситуациях способствует и снижению страха ожидания приступа. Эффект психотерапии значительно повышается при проведении ее в группах, когда больные агорафобией после тренинга с воображаемыми ситуациями вначале в сопровождении терапевта совершают совместные поездки, оказываясь в реальных фобогенных ситуациях

Техника систематической десенситизации как метод преодоления фобий состоит из трех отдельных стадий: расслабление основных групп мышц тела, чтобы достичь глубокой мышечной релаксации; составление иерархии страхов; представление себе каждого из пунктов в сочетании с расслаблением. Процедура десенситизации основана на одном очень важном положении: чего мы боимся в реальной жизни, того мы боимся и в воображении. Следовательно, то, чего мы перестали бояться в воображении, не будет страшить нас и в реальности. Большинство людей способны справляться с разнообразными страхами при помощи воображения.

Находясь в привычной и уютной домашней обстановке, пациент может сам составить список своих страхов и начать преодолевать их один за другим. Последовательность действий при самодесенситизации:

- 1) максимально расслабиться;
- 2) представить себе довольно простую, не слишком тревожащую сцену с переходом к более сложному образу. Если он пугает, «отключить» его и снова полностью расслабиться. После нескольких минут дополнительной релаксации снова представить себе неприятную картинку. Чередовать работу воображения с релаксацией до тех пор, пока тревога и дискомфорт не ослабнут;

3) заканчивать каждый сеанс самодесенситизации обязательно релаксацией. Не прекращать занятия в тот момент, когда есть страх и напряжение. Постоянно проигрывая эти сцены в своем воображении, переходя от простого к сложному, перемежая их с мышечной релаксацией, можно постепенно свести на нет страх и тревогу.

Невозможно заранее предсказать, какая именно техника сработает для конкретного человека. Целенаправленное использование воображения открывает множество новых возможностей. Методы, в которых преодолеваются трудности, также могут быть использованы для борьбы со страхами и фобиями. Для начала необходимо представить себя в ситуации, которая пугает, затем обратить внимание на неприятные чувства и ощущения, которые вызывает этот образ, и представить себе разрешение сложной ситуации.

В лечении обсессивно-компульсивного расстройства, безусловно, положительную роль играет поддерживающая психотерапия в комплексе с фармакотерапией, направленная на коррекцию копинг-поведения и нормализацию отношений в семье. Поведенческая терапия оказывается успешной у 75% больных: используются методы, способствующие угасанию страха (от систематической десенситизации до полного погружения в ситуацию страха).

При конверсионных расстройствах психоаналитические подходы направлены на осознание вытесненных переживаний. Основой терапевтического подхода является установление доверительных отношений с пациентом, обеспечение эмоциональной поддержки. Очень важно создать обстановку, в которой осознание вытесненного материала оказалось бы наименее болезненным. Осознание вытесненного материала должно завершаться его проработкой с целью более глубокого понимания больным его связи с актуальными эмоциональными конфликтами. В некоторых случаях успешными оказываются гипноз и поведенческие методы. Непременным условием является изучение социальной ситуации больного с целью устранения вторичных выгод от заболевания.

При неврозах используется широкий спектр форм групповой психотерапии: групповая дискуссия, психодрама, психопан-

томима, психогимнастика, проективный рисунок, музыкотерапия, двигательная терапия. Рассматривая механизмы лечебного действия групповой психотерапии при неврозах, большинство авторов в качестве основного называют обратную связь или конфронтацию участников группы со своими проблемами и своим поведением.

Учитывая роль семейных конфликтов в этиопатогенезе и течении неврозов, в качестве одной из специфических форм психотерапии в их комплексном лечении применяется семейная психотерапия. Она представляет собой процесс группового воздействия, направленного на изменение межличностных отношений и имеющего своей целью устранение эмоциональных нарушений в семье или их компенсацию. В процессе психотерапии каждый конфликт анализируется с учетом истории семьи, ее прошлого опыта, психологических особенностей ее членов и пр.

### **Психотерапия психосоматических расстройств**

С точки зрения психосоматической медицины, заболевание является результатом нарушения взаимодействия психического и соматического уровней функционирования организма. Психосоматическая медицина во главу угла ставит идею целостности организма и психики при рассмотрении различных заболеваний, акцентируя внимание на роли в них личности. Биологические изменения в организме представляют собой необходимое, но недостаточное условие для определения заболевания. Одной из причин возникновения различных соматических заболеваний могут быть психические факторы. Важной группой таких факторов являются негативные эмоции. При некоторых заболеваниях они играют основную роль. Таким образом, в основе психосоматического расстройства лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы.

З. Фрейд впервые представил возникновение физического симптома по механизму конверсии. В соматическом симптоме символически представлено то, что должно было содержаться в бессознательной фантазии.

Ф. Данбар проводила связь между определенными личностными особенностями и характером телесного заболевания. Эмоциональные реакции зависят от личности больного, и это позволяет предполагать развитие определенных соматических заболеваний в зависимости от профиля личности. Ею выделены коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям типы личности.

Ф. Александер подчеркивал значение психодинамического конфликта в природе психосоматического расстройства и уделял особое внимание проблеме специфичности. Специфику психогенного соматического заболевания он связывает с индивидуальными особенностями личности, стрессогенными условиями жизни, конституционально предопределенной ранимостью органа или вегетативной нервной системы.

М. Шур описывает преодоление диффузных соматических феноменов как процесс развития (десоматизацию). В случаях регрессивного развития в процессе ресоматизации может появиться психосоматическая картина симптомов. Любое эмоциональное нарушение легко трансформируется в расстройство соматических функций. «Выбор органа» определяется как ранними детскими травмами, так и наследственной предрасположенностью. При достаточно зрелой личности человек пытается решить конфликт при помощи зрелых механизмов защиты.

А. Митчерлих считает, что неотраженный кризис хронифицируется в первой фазе вытеснения или иного механизма психологической защиты с невротическим формированием симптомов. Если эти психические средства преодоления конфликта оказываются недостаточными, то на второй фазе происходит сдвиг в динамике телесных защитных процессов. Соматизация со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе.

Сильное влияние на развитие психосоматических исследований оказала концепция стресса Г. Селье. Эмоциональный стресс может вызвать центральные и периферические вегетативные сдвиги со стороны психики и сомы. Переживание является основным условием эмоционально-аффективного напряжения, нейровегетативно-эндокринный коррелят которого является центральным звеном в механизмах развития психосоматических расстройств.

Т. Икскуль описал биопсихосоциальные связи с помощью теории систем. В состоянии готовности происходит переход эмоций в телесную готовность. Заболевание развивается, когда разрешение состояния готовности оказывается невозможным.

В позитивной психотерапии Н. Пезешкиана здоровое состояние человека характеризуется гармоничным распределением жизненной энергии по четырем основным сферам – телесной, ментальной, социально-коммуникативной и духовной.

В психологии часто акцентируют внимание на восьми основных источниках психосоматических заболеваний: конфликт субличностей, условная выгода, эффект внушения другим лицом, физическое воплощение фразы, идентификация, самонаказание, болезненный опыт прошлого, алекситимия.

*Конфликт субличностей, сознательного и бессознательно* приводит к перевесу одного из них над другим. Две различные части личности формируют разные модели поведения. Одна часть как бы говорит: «Я хочу», вторая – «Немедленно прекрати». Обе эти части доминируют попеременно, конфликтуя между собой. Задача психотерапии в этом случае – примирить обе части. Подавляя то одну, то другую часть, мы никогда не устраним заболевание.

Часто симптом несет *условную выгоду* для пациента. Например, избавление от мигрени может открыть глаза на многие проблемы, которые мешает видеть головная боль, и тогда пациент окажется перед необходимостью их решения.

Следующий возможный источник эмоционально обусловленных заболеваний – *эффект внушения другим лицом*. Известно, что если ребенок в детстве часто слышит от авторитетных и значимых для него людей (родителей, учителей, врачей) негативные характеристики (жадина, неряха, остолоп и т.п.), то очень часто начинает демонстрировать поведение, соответствующее внушенному, которое автоматически переходит во взрослую жизнь, даже если потом оно рационально перерабатывается.

Болезнь может быть *физическим воплощением фразы*. Например, слова «я от этого с ума схожу» могут превратиться в реальные симптомы.

При *идентификации*, т.е. при попытке быть похожим на кого-либо, идеал, человек как бы отстраняется от собственного тела и в конце концов начинает от этого страдать.

*Самонаказание* – очень распространенная причина многих травм и соматических нарушений. Если человек совершает неблагоприятный со своей точки зрения поступок, он иногда бессознательно подвергает себя наказанию. Например, ребенку внушали, что нужно уважать своих родителей и делать только так, как они считают нужным. Когда он решает поступить по своему, то совершает неблагоприятный поступок с точки зрения его воспитателей, и тогда появляется чувство вины, а вина требует наказания.

Самая серьезная и самая глубокая причина психосоматического расстройства – *болезненный, травматический опыт прошлого*. Как правило, это психические травмы раннего детства.

Еще одной базисной причиной психосоматических заболеваний может быть *алекситимия*. У психосоматических пациентов способность выражать свои переживания, конфликтные ситуации, ощущения крайне обеднена. Их словарный запас для этих целей так же беден, как и внутренняя способность дифференцировать свои чувства. Как правило, это хорошо социально адаптированные личности, а симптом алекситимии является ответом на семейный запрет с самого детства выражать себя и свои чувства. На смену возможности чувственно перерабатывать реальность приходит ригидное следование социальным нормам и правилам. Тогда язык органов, болевые ощущения становятся «неудобной» попыткой тела интегрироваться с душой человека.

Обычно люди стремятся к прекращению взаимоотношений, вызывающих дискомфорт. Психосоматический пациент годами может терпеть отношения, которые не только не доставляют удовольствия, но истощают и разрушают его личность. Толерантность к неблагоприятным взаимоотношениям и природу психосоматических симптомов можно объяснить подавлением враждебности, агрессивности, злобы. Если обычно озлобленность побуждает людей к прекращению отношений, то психосоматическая личность подавляет злобу и продолжает отношения. Внешне такой человек даже не кажется страдающим, одна-

ко психотерапевт может с полной очевидностью убедиться в страдании его тела. Непонятно, почему происходит подавление злости, но известно, что психосоматические пациенты очень чувствительны к любым проявлениям озлобленности в себе и других.

Важнейшая задача психотерапевта в беседе с психосоматическим больным – помочь ему выявить хотя бы частично скрытую озлобленность. Психотерапевт должен не только помочь пациенту осознать свою озлобленность, но и указать, как она сказывается на поведении. Одни психосоматические пациенты слащавы и приятны, со всем соглашаются, и трудно поверить в их враждебность. Другие не способны почувствовать, да и не чувствуют недоброжелательности вокруг себя. При возникновении хотя бы малейшего спора они отступают. Если не могут устраниваться из ситуации, прибегают к рационализации и говорят себе, что спорящие шутят. Иные склонны выражать свою злость, тем не менее изменяют ее действительный объект.

Беседа с психосоматическим пациентом об озлобленности обычно трудна и далеко не всегда успешна, хотя позволяет показать пациенту, какова его жизненная ситуация, как он подавляет свою враждебность и как это связано с его соматическими симптомами. Психотерапевт должен не только помочь пациенту распознать в себе злобу, но и побуждать его к отреагированию в процессе терапии. Поэтому неудивительно, что в случае успешной работы заменителем действительного объекта враждебности пациента временно становится психотерапевт.

Существенная причина трудности консультирования психосоматической личности состоит в ее «эмоциональной безграмотности», неспособности вербализовать свои внутренние переживания, нехватке символического мышления. Черты алекситимической (психосоматической) личности служат серьезным препятствием в консультировании и психотерапии. Больше всего психотерапевта фрустрирует отказ этих пациентов связывать свои соматические жалобы с конфликтами в эмоциональной сфере, хотя часто психологический контекст жалоб очевиден. Очень трудно помочь человеку психологическими методами, когда он понимает свои эмоциональные проблемы как соматические. Такой пациент говорит о разнообразных болях, много

молчит, не проявляет никакой мотивации к сотрудничеству, явно ориентирован на медикаментозное лечение, постоянно принуждает психотерапевта к инициативе. Монотонный, эмоционально бесцветный стиль пациента вызывает у психотерапевта раздражение, потому что он чувствует себя загнанным в угол. Попытка активно вовлечь пациента в эмоциональные отношения только увеличивает у того тревожность из-за неумения вербализовать чувства. Соответствующий всплеск физиологических реакций позволяет пациенту еще больше жаловаться на соматическое недомогание.

Если пациент – яркий алекситимик, следует применять техники, направленные не на конфронтацию, а на поддержку. Пациента также следует подготавливать к вербализации своих переживаний. Для этого можно использовать примеры эмоциональных слов и фантазий, анализ различных эмоциональных ситуаций, перевод умозаключений пациента на дифференцированный язык эмоций. Хотя такая подготовка далеко не во всех случаях бывает эффективной, она в определенной степени помогает осознать эмоциональные проблемы и вербализовать их.

Таким образом, специфичность психосоматозов состоит в том, что душевное неблагополучие как первопричина серьезного физического недуга в этих случаях скрыто, замаскировано для самого больного. Поэтому психологическая коррекция неосознаваемой душевной причины телесного страдания требует от психотерапевта особого подхода, модификации традиционной психотерапевтической помощи. Поскольку соматизация психологического конфликта связана с работой механизма психологической защиты, вытеснением из сознания, подавлением истинных, психологических по своей природе причин заболевания, то пациенты не просто не понимают психогенную природу своей болезни, но и вынуждены бессознательно сохранять симптом (феномен условной желательности болезни). В связи с этим возникает необходимость теоретического осмысления принципов и стратегий, освоения новых форм и технологий психокоррекционной и реабилитационной работы с психосоматическими больными.

Психологическая работа, направленная на коррекцию психосоматических нарушений и прежде всего алекситимических

черт, может быть представлена в виде трех последовательных ступеней: релаксация и дидактическая направленность; опора на невербальные способы общения; «внутренний диалог». Релаксация является основой для использования всех приемов преодоления алекситимии. Дидактическая направленность необходима для фиксации пациента на сиюминутных переживаниях ситуации «здесь и теперь». Опора на невербальные способы общения предполагает широкое использование психогимнастических и психопантомимических приемов и методик, которые способствуют снятию напряжения и спонтанному выражению эмоций на невербальном уровне. Различные невербальные техники создают основу, своего рода «банк переживаний», который в дальнейшем используется для тренинга распознавания различных эмоциональных состояний (как собственных, так и других людей) и их адекватной вербализации. Для развития внутреннего диалога, который также способствует погружению пациента в мир собственных эмоций, могут быть использованы различные приемы, в том числе заимствованные в гештальт-терапии.

В лечении психосоматических расстройств используются глубинно-психологические методы психотерапии, направленные на изменение отношений к социальному окружению или собственной личности, и методы, ориентированные на смягчение или устранение имеющейся симптоматики. Цель глубинно-психологических методов – раскрытие психологического конфликта, который стоит за психосоматическими симптомами, перестройка личности в целом и ее отношений с окружающим миром. Важно иметь в виду, что устранение симптомов не является первичной целью глубинно-психологических методов терапии – симптомы ослабевают и исчезают по мере того, как достигаются поставленные цели. К этой группе методов относятся психоанализ, различные направления психодинамической психотерапии, экзистенциально-гуманистические методы (гештальт-терапия, психодрама и др.). Необходимыми условиями их применения являются способность пациента к саморефлексии и наличие достаточного времени для проведения курса психотерапии. Используются как индивидуальные, так и групповые формы глубинно-психологической терапии. Методы, направ-

ленные на раскрытие симптоматики, не применяют в острой стадии заболевания, так как это может привести к ухудшению состояния.

Психотерапия, если ставить перед ней реальные цели, оказывается, несомненно, полезной при различных соматических расстройствах. Направленная на восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определяют возникновение участвующего в этиопатогенезе заболевания психического стресса либо развитие в связи с последним невротических «наслоений», психотерапия способствует уменьшению клинических проявлений заболевания, повышению социальной активации больных, их адаптации в семье и обществе, а также повышает эффективность лечебных воздействий биологического характера. В связи с этим следует отметить, что поскольку наиболее распространенной в настоящее время является медицинская модель заболевания, согласно которой лечение осуществляется прежде всего с помощью лекарств и процедур, широкие возможности предоставляет использование психотерапевтического опосредования и потенцирования воздействий биологической природы: лекарственных, диетических, физических и др.

Решающее значение при включении в систему лечения соматических больных приобретает правильное соотношение лично ориентированной и симптоматической психотерапии, определение целей, задач и выбор конкретных психотерапевтических техник с учетом соотношения клинических, психофизиологических и психологических механизмов психосоматического расстройства и его специфики на различных этапах лечения.

В отличие от острой патологии, при которой успешное лечение приводит к полному восстановлению предшествующего болезни состояния здоровья, хронические заболевания характеризуются длительно протекающими патологическими процессами без четко очерченных границ. Пациент никогда не становится снова полностью здоровым, он постоянно, т.е. хронически, болен. Больной должен быть готов к дальнейшему ухудшению своего самочувствия, продолжающемуся снижению работоспособности, смириться с фактом, что он никогда не сможет делать все, что хочется, как раньше. Из-за этих ограничений че-

ловек нередко оказывается в противоречии с тем, что он ожидает от себя сам, и с тем, что ожидают от него другие. Хроническому больному в силу психосоциальных последствий его функциональных ограничений (реакция семьи, уменьшение социальной сферы активности, ущерб профессиональной репутации т.д.) грозит превращение в «неполноценного», инвалида.

В противодействии хроническому заболеванию существует две стратегии поведения – пассивная и активная. Активная стратегия предполагает, что больной должен осознать общее изменение жизненной обстановки и попытаться активно преодолеть препятствия с помощью нового, приспособленного к заболеванию образа жизни. Однако требование «жить вместе с болезнью» легче декларировать, чем соблюдать. Реакцией человека на изменение его статуса в связи с болезнью являются такие психопатологические расстройства, как страх, апатия, депрессия и др. К пассивному поведению относятся защитные механизмы: реакции преуменьшения серьезности болезни типа игнорирования, самообмана, рационализации или сверхконтроля. Однако ценность этих пассивных попыток преодоления психологических и социальных следствий при длительной болезни часто сомнительна.

Более значимы активные усилия пациента по решению возникших проблем, связанных с болезнью. Больной должен стремиться к тому, чтобы смягчать вредные влияния окружающей среды и увеличивать шансы на улучшение состояния, адекватно оценивать неприятные события и факты и приспосабливаться к ним, поддерживать свой собственный положительный образ, сохранять эмоциональное равновесие, поддерживать спокойные, нормальные отношения с окружающими.

Это возможно в том случае, если больной получает и усваивает необходимую информацию о болезни; ищет и находит совет и эмоциональную поддержку у специалистов, знакомых или людей с аналогичным заболеванием (группы взаимопомощи); приобретает навыки самообслуживания в определенные моменты болезни и таким образом избегает излишней зависимости, ставит перед собой новые, связанные с наличием заболевания цели и пытается поэтапно их достигать. При всей сложности ведения подобных пациентов психотерапевт должен замечать и

поддерживать даже малейшие их попытки самостоятельного решения проблем. Это необходимо как для сотрудничества в ходе терапии, так и для возможности заново построить семейные, профессиональные отношения, а также по-новому проводить свободное время.

Психотерапевт должен уметь объяснять больному возможные неудачи лечения или прояснять условия жизни, влияющие на течение болезни, когда, например, пациент с помощью близких успешно справляется с новой обстановкой или когда, наоборот, семья мешает больному сосредоточить усилия на борьбе с болезнью. Необходимыми и ценными могут оказаться поддержка и контроль со стороны терапевтической бригады, специализирующейся на лечении хронически больных или пациентов, нуждающихся в длительном лечении (бригады для лечения опухолевых больных, больных, перенесших трансплантацию органов, и др.).

С точки зрения врача, больные с тяжелыми, неизлечимыми заболеваниями требуют решения сложных психологических задач. Информирование больного о причинах состояния, прогнозе, возможностях предстоящего лечения является сложной психологической и юридической проблемой. Необходимо рассказать пациенту в общих чертах о его болезни и состоянии, возможностях лечения, а также об опасностях и трудностях, которые могут возникнуть. Устранение или хотя бы ослабление чувства неопределенности на практике ведет к тому, что сотрудничество с больным возрастает, преодолевается опасность изоляции, безнадежности и сохраняется установка на повседневные нужды. Больному следует сообщать только то, что он сможет понять и перенести. Врач должен понимать, что и в какое время больной хочет и должен услышать, а что – нет. Полное разъяснение больному характера его болезни может привести к обременению больных.

Первая задача психотерапии – помочь пациентам поверить в эффективность лечения и способность своего организма сопротивляться заболеванию. После этого их можно научить справляться со стрессовыми ситуациями. Особенно важно, чтобы они изменили свои взгляды на самих себя (или восприятие тех проблем, с которыми они столкнулись перед началом заболевания).

Больные должны поверить в собственные силы, знать, что они могут разрешить все свои проблемы более эффективно.

Появившаяся у пациента вера в возможность поправиться и новое отношение к стоящим перед ним проблемам формируют такую жизненную позицию, в которой есть место надежде и вере в будущее. Те же самые механизмы, которые способствовали превращению чувств и ощущений в определенные физиологические условия, способствовавшие развитию заболевания, могут быть использованы и для восстановления здоровья. Могут быть полезны творческие занятия (например, специальные упражнения по снятию напряжения, арт-терапия). Занятия литературой, рисованием и другими видами творчества могут наполнить содержанием и смыслом жизнь больного.

Таким образом, в работе с психосоматическими больными используются все известные психотерапевтические подходы. Однако выбор конкретного психотерапевтического метода и частных методик зависит от ряда факторов – клинической картины заболевания, личностных особенностей пациента, времени, которое планируется на психотерапию, компетенции психотерапевта (владение определенными психотерапевтическими подходами).

### **Психотерапия депрессии**

Депрессия характеризуется снижением настроения, замедлением мышления и двигательной заторможенностью. Депрессиям обычно сопутствуют нарушения сна и аппетита, снижение полового влечения, чувство вины, суицидальные мысли. В возникновении депрессивных расстройств или их определенных форм могут принимать участие биологические, средовые и психологические факторы, что находит отражение в модели «стресс-диатеза». Важное значение кризисных жизненных событий, особенно стрессовых событий в социальной сфере, признается во всех современных моделях генеза депрессии. Эффект взаимодействия внешних кризисных жизненных событий и личностно-специфичных факторов уязвимости – биологических и/или психологических признаков предрасположенности – должен рассматриваться в качестве важного элемента возникновения депрессии.

Согласно базовой гипотезе когнитивного подхода расстройств процессов восприятия, мышления и установок играют фундаментальную роль при развитии депрессивных состояний. Среди многочисленных когнитивных моделей депрессии особое значение получила концепция А. Бека.

А. Бек в своей теории «когнитивных схем» в качестве основы конкретного депрессивного расстройства рассматривал базовые дисфункциональные когнитивные паттерны, которые проявляются в основном в трех сферах: в негативных установках пациента, страдающего депрессией по отношению к самому себе, окружающей его среде и своему будущему. В основе негативных когнитивных схем лежит прежний неблагоприятный опыт отношений с окружающим миром, позднее они могут быть заново активированы в аналогичных стрессовых ситуациях; они детерминируют у индивида структурирование внешних раздражителей и приводят впоследствии к появлению других признаков расстройства, характерных для депрессивного синдрома.

Конкретная цель терапевтических действий, согласно подходу А. Бека, – идентифицировать и изменить негативные когнитивные схемы клиента. Эффективность психотерапии значительно повышается при сочетанном использовании когнитивных и поведенческих подходов. Методы когнитивной терапии депрессии фокусируются на коррекции депрессогенных особенностей мышления больных. Как правило, начинают с поведенческой стратегии, которая предполагает выполнение домашних заданий (позапно усложняющихся) и письменную фиксацию поведения конкретными позитивными видами деятельности. Затем во время терапевтической беседы при анализе всего произошедшего между сеансами выявляются дисфункциональные процессы мышления и установки, которые тестируются на предмет их соответствия реальной действительности и на основе приобретенного пациентами опыта необходимо найти возможность их замены более рациональными альтернативными объяснениями и установками. Идентификация и изменение негативных автоматических мыслей представляет собой очень существенный промежуточный этап на пути к идентификации и изменению фундаментальных негативных схем. К важнейшим когнитивным методикам переструктурирования относятся: методы гибких вопросов, по-

средством которых выявляются логические ошибки в мышлении и суждениях пациентов, методы изменения дисфункциональных атрибутивных тенденций, инструкции по ведению протокола мыслей и т.п. Разного рода поведенческие программы имеют целью активизацию больных, подкрепление социального успеха, формирование удовлетворенности собственным продуктивным поведением, обучение расслаблению. В число важнейших поведенческих методик входят еще и такие методы, как ролевые игры, тренинги социально-коммуникативных навыков, применяемые для лечения депрессий в соответствии с подходами, основанными на теории подкрепления.

Полученный в ходе поведенческой терапии опыт преодоления так называемой «обученной беспомощности» может быть весьма продуктивно использован в рамках психодинамических моделей коррекции самооценки. Групповая психотерапия дает больным дополнительные возможности научиться преодолевать свои межличностные проблемы в социальных ситуациях. В случаях, когда болезненные проявления угрожают сохранению семьи или повышают конфликтность в родительской, а также когда семья представляет собой депрессогенный стрессор, в терапию вовлекаются родственники и близкие больного.

В работе с депрессивными больными хорошо зарекомендовал себя метод интeрперсональной терапии, при котором акцент делается не на внутренних конфликтах и переживаниях, а на актуальном социальном приспособлении больного, его неспособности в общении с окружающими. Больной получает возможность преодолеть социальную изоляцию, скорректировать взаимные ожидания, неадекватность которых часто лежит в основе межличностных конфликтов, потренироваться в социальных ролях, выполнение которых вызывало трудности. Терапия предусматривает вскрытие взаимосвязи между симптомами и социальными стрессами, помощь в проявлении подавляемых чувств с одновременным повышением адекватности их выражения, ревизию и реконструкцию поведения в ходе общения. Общение с терапевтом в первую очередь используется как модель для тренировки.

Целью психоаналитической терапии является коррекция самооценки и притязаний, структуры личности в целом. Здесь

также исследуется роль неразрешенных конфликтов раннего детства в формировании последующих депрессогенных реакций. Это расширяет возможности больного в общении и проблемно-решающем поведении, помогает осознать заместительную природу депрессивных поведенческих эквивалентов, таких как злоупотребление психотропными веществами. Больной приобретает способность испытывать нормально-психологическую грусть, расширяется спектр испытываемых эмоций. В случаях медикаментозно-резистентных расстройств важность психотерапии существенно возрастает, так как она дает больным возможность лучше приспособиться к реальной жизни при сохраняющихся нарушениях аффекта, мышления, установок.

При определении целей групповой психотерапии депрессивных больных необходимо помнить, что хотя психотерапия не приводит к снятию эндогенной симптоматики, в группе у пациентов возникает чувство принадлежности и безопасности, изменяются представления о неповторимости и исключительности их заболевания, уменьшается в связи с этим напряженность, изменяется отношение к своей болезни, укрепляется вера в успех лечения, повышается самооценка, вырабатываются более адекватные жизненные планы. Групповая психотерапия (различные вербальные и невербальные приемы) при эндогенных депрессиях обычно сочетается с биологической терапией и проводится после снятия острой депрессивной симптоматики. Различно отношение к обсуждению в группе вопросов, связанных с суицидальными тенденциями у больных. Одни авторы полагают, что таких пациентов не следует включать в группу из-за возможного усиления этих тенденций. Другие считают это и возможным, и необходимым, поскольку суицидальные тенденции часто бывают скрыты и работа в группе их выявляет.

### **Психотерапия шизофрении**

*Шизофрения* – прогрессивное психическое заболевание, возникающее на основе наследственного фактора при участии средового фактора, имеющее непрерывное или приступообразное течение, которое характеризуется типичными изменениями личности и проявляется сочетанием продуктивной (галлюцинационной, бредовой, аффективной, фобической и др.) и негативной

(апатия, абулия, алогия и др.) симптоматики. Учитывая «стресс-диатезную» модель происхождения заболевания, для лечения шизофрении должна применяться не только биологическая терапия, требуется также психосоциальное лечение и реабилитация. Психотерапия занимает существенное место в лечении больных шизофренией. Методы, содержание психотерапии определяются своеобразием фаз, форм и типов течения заболевания. Большинство психиатров, признающих психогенетическую природу шизофрении, придают психотерапии ведущее значение в лечении этого заболевания.

Основные методы профилактики, лечения, реабилитации шизофрении должны включать:

1) индивидуальную и групповую психотерапию, психологическое консультирование;

2) общие методы немедикаментозного воздействия, такие как психологическая адаптация, терапия средой, арттерапия, трудотерапия;

3) социально-реабилитационную работу, адаптацию к макро- и микросреде, обучение самоходу.

Основными задачами психотерапии при шизофрении являются: предотвращение изоляции больных в обществе и аутизации; социальная активация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением; формирование критического отношения к болезни и дезактуализация психотических переживаний; потенцирование антипсихотического действия биологических методов лечения; подготовка больных к выписке и профилактика явлений внутрибольничного госпитализма.

Показаниями к психотерапии являются тревога, страхи, депрессии, усталость, неуверенность в себе, трудности и конфликты в отношениях с людьми, неуверенность в общении, проблемы в учебе, неудовлетворенность своей жизнью, ощущение собственной неэффективности и бессилия, одиночество, разрыв отношений, потеря близких и любимых. К числу мишеней психотерапевтической коррекции относят искажения восприятия важнейших мотивационных структур, основные дезадаптивные психологические установки, феномены нарушения внутренней картины болезни. В качестве основных типов вмешательства в рас-

крывающей реконструктивной психотерапии указываются эмоциональная поддержка, стимуляция, совет, разъяснение, уточнение, конфронтация, объективация, интерпретация.

Психотерапия может использоваться в индивидуальном и групповом вариантах. Цель индивидуальной психотерапии – формирование правильного отношения к болезни и лечению, навыков своевременного распознавания признаков надвигающегося рецидива, проблемно-решающего поведения в разных социальных ситуациях. Практическое освоение этих навыков наиболее успешно осуществляется в ходе терапии средой с использованием терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой и групповой психотерапии. Психотерапевтические группы могут быть ориентированы на отдельную личность с обсуждением проблем отдельных участников; межличностное взаимодействие с приобретением межличностного опыта; групповые действия, коллективные инициативы. Эта работа тем эффективнее, чем более четко дифференцируются задачи повышения социальной компетенции и чем больше они соответствуют индивидуальным возможностям каждого больного.

Лечение больных шизофренией может осуществляться в терапевтических группах, в которых участвуют пациенты, страдающие другими психозами и пограничными состояниями (включая больных неврозами), что позволяет использовать стимулирующую роль непсихотических пациентов в группах, неоднородных по нозологическому составу, а также по возрасту, полу, образованию, продолжительности болезни и психотерапевтическому опыту.

Поскольку важной клинико-экономической задачей является максимальное сокращение времени пребывания больного в отделении, во многих случаях целесообразной оказывается краткосрочная психотерапия, ставящая перед собой реальные цели, в частности, разъяснение пациенту причин и механизмов ухудшения его состояния и оказание помощи в приобретении нового опыта, который позволит ему лучше справиться с трудной ситуацией в будущем. Поведение психотерапевта в подобных группах больных с психозами должно быть более активным

и директивным, чем в группах больных с неврозами, открытым, с четким модулированием своих эмоций и рефлексии.

Провоцирующая роль социальных стрессоров в возникновении рецидивов обуславливает важность использования психосоциальных лечебных подходов. Программа психосоциальной реабилитации должна строиться индивидуально в зависимости от состояния, этапа заболевания и жизненной ситуации каждого больного. На острых этапах она должна начинаться за счет создания соответствующего климата в стационаре, предотвращающего дальнейшую аутизацию больного и содействующего наиболее целесообразному использованию его ресурсов для социального приспособления после выписки.

Психотерапия показана при малопрогрессирующей шизофрении; при более злокачественных формах она используется главным образом в период ремиссии и становления ремиссии, а также при постпроцессуальных состояниях с относительно неглубоким дефектом (резидуальная шизофрения).

При непсихотическом уровне расстройств (ремиссии приступообразной шизофрении, вялотекущая шизофрения) показана систематическая психотерапия, преимущественно рациональная (когнитивная) и поведенческая.

При наличии выраженной психотической симптоматики (параноидная шизофрения, психотические приступы рекуррентной и шубообразной шизофрении) больные нуждаются в участии, ободрении, поддержке врача. Демонстрация скептического отношения к бредовым суждениям, попытки их опровержения непродуктивны, приводят лишь к нарушению контакта между врачом и пациентом. Оправданы разъяснения, какие высказывания и формы поведения пациента оцениваются окружающими как болезненные.

Используются приемы стимулирующей, отвлекающей психотерапии. Такие методы, как гипносуггестивная психотерапия, аутогенная тренировка, психоаналитическая психотерапия применяются у больных шизофренией ограниченно в связи с риском ухудшения состояния и невысокой эффективностью.

Зачастую упускают из виду необходимость уменьшения стрессовых воздействий на пациентов. Кроме условий, вызвавших психоз и приведших больного в клинику,

нельзя забывать и о тех нагрузках, которые обусловлены самим лечением: беспокойная ситуация в приемном отделении, принудительные лечебные мероприятия или полностью измененные телесные ощущения вследствие побочных действий медикаментов.

Выделяют несколько уровней задач и соответствующих им форм групповой психотерапии при малопрогрессирующих формах шизофрении. Решение задач *первого* уровня (стимулирование эмоциональности, социальная активация и налаживание коммуникаций) осуществляется с помощью групп творческой активности (арттерапия, музыкотерапия, проективный рисунок и др.), психомоторики, пантомимы, простых форм коммуникативно-активирующей терапии (литературный пересказ, свободная импровизация диалогов и их обсуждение). Для решения задач *второго* уровня (выработка адекватных форм поведения, тренировка общения и повышение уверенности в себе) используются наряду с указанными выше методы функциональной тренировки поведения. *Третий* уровень задач (достижение правильного представления о болезни и нарушениях поведения, коррекция установок и отношений и оптимизация общения) требует привлечения более сложных вариантов коммуникативной психотерапии и проблемно ориентированных дискуссий. Наконец, *четвертому* уровню задач (раскрытие содержательной стороны конфликтных переживаний, перестройка системы отношений и нахождение адекватных форм психологической компенсации) в большей мере соответствует методика свободных вербальных дискуссий. Различные формы могут применяться последовательно, одновременно или избирательно, что определяется всей совокупностью клинических, психологических и социальных представлений о больном и болезни.

Одной из новых форм групповой когнитивной реабилитации является метакогнитивный тренинг для больных с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (Моритц С. и соавт., 2007, 2010). Метакогнитивный тренинг необходимо рассматривать как патогенетически обоснованный немедикаментозный метод лечения больных шизофренией, поскольку он адресуется к специфическим когнитивным нарушениям восприятия социальной среды и стратегии поведения при

шизофрении, которые в дальнейшем приводят к ошибочным выводам, заблуждениям, могут способствовать бредаобразованию и психотической декомпенсации. Соответственно, повышение «метакогнитивной компетентности» является одним из способов профилактики очередного обострения. Основная цель метакогнитивного тренинга – коррекция стратегии принятия решений и формирования убеждений в сочетании с изменением стиля поведения. В процессе занятий пациентов знакомят с типичными нарушениями социально – когнитивных функций, обучают навыкам самостоятельного распознавания этих нарушений и избегания «когнитивных ловушек», мотивируют к соответствующему изменению поведения.

Полезна психотерапевтическая работа с родственниками пациента, направленная на формирование правильного отношения к его болезненным высказываниям и поведению, устранение внутрисемейных конфликтов, часто возникающих вследствие болезненно измененного поведения члена семьи.

Семейная терапия должна настроить семью на сотрудничество с врачом в проводимой терапии, содействовать смягчению стрессогенной для больного конфликтной обстановки в семье. Успешность профилактики рецидивов на амбулаторном этапе ведения требует сочетания поддерживающей медикаментозной терапии с поддерживающей психотерапией.

### **Психотерапия психопатии**

*Психопатия* (в современной классификации – расстройства личности) – это аномалия характера, которая определяет весь психический облик индивида: особенности эмоциональности, волевых качеств, в определенной степени мышления, мировоззрения, интересов, установок, влечений, и способы поведения. Психопатические качества проявляются везде: в семье, быту, коллективе. Впервые проявляясь в детстве, пубертатном, юношеском или молодом возрасте, психопатические свойства сохраняются в течение многих лет, нередко всю оставшуюся жизнь. Вместе с тем их выраженность, качественные особенности могут претерпевать определенные изменения, но в пределах ресурсов психопатической личности. Патологические свойства

личности у психопатов настолько выражены, что нарушают их социальную адаптацию. Нарушение социальной адаптации проявляется по-разному, в зависимости от клинического варианта и глубины психопатии. Одного психопата микросоциальное окружение отторгает из-за его конфликтности, неуживчивости, грубости; у другого возникают проблемы на службе и в быту из-за неуверенности, неспособности принять быстрое и ясное решение, постоянных сомнений.

Существенной особенностью психопатов является не критичность к собственным патохарактерологическим особенностям и поведению. Присущие с детства или юности многолетние патологические свойства личности воспринимаются психопатами как их неотъемлемые, неболезненные психологические особенности. Иногда психопаты формально признают себя людьми с трудным характером, однако во всех своих неудачах обвиняют не себя, а окружающих.

Существует точка зрения об ограниченной эффективности психотерапии при психопатиях. Чаще всего на практике речь идет о попытках воздействовать на отдельные проявления психопатий – тревогу, повышенную возбудимость, астенические нарушения и т.д. Являясь по сути симптоматической, подобная терапия, компенсировав то или иное парциальное нарушение, может способствовать улучшению адаптации пациента к негативному экзистенциальному фону в целом. Роль психотерапии при психопатиях определяется значением психогенных факторов в динамике состояния больного. Чем больше их удельный вес в декомпенсации пациента по сравнению с биологической недостаточностью, тем большего успеха можно ожидать от психотерапии. Психотерапии принадлежит основная роль в коррекции установок личности, формировании оптимального стиля взаимоотношений пациента с окружающими. Психотерапевтический подход, начиная с установления первых же контактов с пациентом, должен ориентироваться на тип психопатии.

При *параноидном расстройстве личности* оптимальным подходом является поддерживающая индивидуальная психотерапия. Наиболее эффективны когнитивно-поведенческие программы, направленные на снижение фонового уровня тревожно-

сти и совершенствование навыков проблемно-решающего поведения. Врач должен стремиться быть предельно открытым, последовательным и аутентичным, честное признание чего-либо здесь всегда предпочтительнее защитного аргументирования. Высказывания врача должны быть ясными, однозначными, стиль обращения – профессиональным, уважительным и несколько дистанцированным с учетом того, что доверие и близость отношений являются проблемными зонами этих больных. Не следует чрезмерно усердствовать с интерпретацией зависимости и заниженной самооценки больных, скрывающейся за защитным фасадом недоверия и враждебности. Базисная установка непредубежденного и благожелательного помощника способствует принятию пациентом альтернативных объяснений происходящего. Продуктивнее не торопиться с коррекцией таких защитных механизмов, как отрицание действительности и проекция вины на окружающих. Лучше просто внимательно вслушиваться в обвинения и жалобы больного, избегая принимать чью-либо сторону.

Вследствие низкой мотивации к лечению и трудностей в установлении эмпатических отношений с врачом больные *шизоидного типа* плохо вовлекаются в психотерапию. Общие принципы терапии сходны с таковыми при параноидном расстройстве. Более благоприятной для терапии является свойственная шизоидным больным тенденция к интроспекции, которая может стать основой для мотивации к лечению. Постоянная холодная дистанцированность пациента обуславливает высокие требования к врачу. Он должен демонстрировать противоположное поведение, поскольку именно теплые, заботливые отношения обладают в этом случае высоким терапевтическим потенциалом.

Больные в большей степени пригодны для групповой терапии, где их удастся включить в групповой процесс, несмотря на внешнюю пассивность поведения. Группа, в которой больные видят интравертированность и социальную дезадаптацию других, – хорошее средство для снижения чувства собственной стигматизированности. Пациенты болезненно воспринимают навязываемую социальную близость, в силу чего нуждаются в

защите от упреков других членов группы за недостаточную активность. Со временем группа может становиться важной для больных, обеспечивая единственную социальную поддержку в их уединенном существовании. Эффективной может оказаться индивидуализированная поведенческая программа социальной активации. В рамках программы больной может, например, сначала уютно почувствовать себя пассивным зрителем на стадионе, затем стать членом шахматной секции и, наконец, поступить в танцкласс. Лекарственная терапия малоэффективна.

Пациенты с *диссоциальным расстройством личности* по определению не способны к установлению стабильных эмпатических отношений. Это делает понятной трудность их психотерапевтического ведения. Группа понимающих и доброжелательных сверстников – та обстановка, в которой диссоциальный психопат может захотеть измениться. Подобная группа может помочь и восполнить дефекты воспитания в детстве. Группа выступает здесь как заменитель любящей, заботливой семьи, которой у больного, как правило, не было. Вот почему группы самопомощи оказывались более эффективными в послаблении этого расстройства, чем места заключения и принудительного лечения. Решающим является правильный состав группы – диссоциальный больной может дезорганизовать ее работу, если в ней преобладают робкие, ведомые члены. Полезным может оказаться применение семейной и супружеской терапии. Методы поведенческой терапии в рестриктивных условиях (обычно в программах принудительного лечения) оказывают ограниченный эффект. К сожалению, даже этот успех не реализуется в ситуациях повседневности больного и не проявляет себя в дальнейшем. В установлении психотерапевтических отношений важны четкие рамки, затрудняющие манипулирование со стороны больного (в особенности суицидный шантаж). Важно также помочь ему в различении контроля и наказания, конфронтации с реальностью и возмездия. При этом следует помнить, что больному может доставить больше удовлетворения перехитрить врача, чем ощущать растущую социальную приемлемость своего поведения. Как и при воспитании ребенка, диссоциальному психопату не следует говорить, чтобы он перестал что-то делать,

его надо стимулировать к нахождению альтернативных решений, в число которых, разумеется, не должен входить поиск хорошего адвоката.

Цель психотерапевтических программ при *импульсивном подтипе эмоционального неустойчивого расстройства личности* – преимущественно сглаживание социальных последствий агрессивного поведения, поскольку они не в состоянии предотвратить наступление эпизодов эксплозивности.

Методом выбора при *пограничном подтипе* является длительное стационарирование с интенсивной индивидуальной и групповой психотерапией. Психотерапия пограничных расстройств, являющаяся предметом исследований в последние годы, представляет собой чрезвычайно трудный для врача процесс в силу того, что в отношениях с ним больные повторяют свой стереотип эмоционально интенсивного и нестабильного взаимодействия с окружающими. В связи с этим требуется установление рамок, позволяющих защитить врача от манипулирования больного лекарственной терапией, поведенческого отреагирования и суицидного шантажа, чтобы психотерапия вообще могла осуществляться. Кроме того, необходимо на примере отношений с врачом показать больному, как он ведет себя с другими значимыми людьми. Следует иметь в виду, что свойственная пограничным больным тенденция к идеализации или обесцениванию окружающих может внести разлад в работу персонала отделения. Основной целью терапии является коррекция примитивных механизмов психологической защиты, обуславливающих нереалистическое восприятие себя и окружающих. Анализ конкретных элементов поведения, когнитивные техники и конфронтация с реальностью здесь оказываются более эффективными, чем глубинные интерпретации бессознательных переживаний. Опыт больного, свидетельствующий о том, что врач в состоянии выдержать его агрессию и не покинуть его, является решающим для установления устойчивых терапевтических отношений. Далее постепенно удаётся выяснить исторический генез дезадаптивных поведенческих стереотипов, первоначально сформировавшихся в детстве в отношениях с родителями и позднее переносимых в другие коммуникативные ситуации.

Самым существенным в психотерапии *истерического расстройства личности* является коррекция механизмов дезадаптивной психологической защиты, выведение в сознание вытесненных содержательных компонентов переживаний и опыта. Наиболее адекватным методом является психоаналитически ориентированная индивидуальная и групповая психотерапия.

Привлечение больных с *ананкастным (обсессивно-компульсивным) расстройством личности* к лечению облегчает то, что в отличие от других вариантов психопатий больные осознают причинно-следственную связь между своими личностными особенностями и теми проблемами социальной адаптации, которые они вызывают. Методом первого выбора является психоаналитически ориентированная индивидуальная и групповая психотерапия. Сложности ее проведения обусловлены тенденцией к высокоинтеллектуализированному сопротивлению больных терапии, что затрудняет эмоциональное опосредование достигаемого осознания личностных дефектов и распространение более продуктивного поведения за пределы терапевтической ситуации. Другим камнем преткновения является упрямство больных и борьба с врачом за контроль над ходом терапии с угрозой потери контакта. В последнее время с успехом используются когнитивно-поведенческие подходы, делающие возможной более непосредственную и краткосрочную коррекцию приспособительного поведения. Парадоксальная техника стимуляции перфекционизма позволяет больному легче увидеть неадекватность его установок, техника остановки мысли прямо воздействует на перегруженный навязчивыми сомнениями когнитивный процесс.

Методом выбора *тревожного («уклоняющегося», «избегающего»)* *расстройства личности* является интегративная модель, индивидуализированная программа, включающая психодинамические и когнитивно-поведенческие приемы. Психодинамические приемы исследуют биографическое формирование заниженной самооценки, когнитивно-поведенческие помогают больному осознать искажения ожиданий к окружающим и совершенствовать коммуникативные навыки. В данном случае весьма эффективными являются групповые программы навыков общения, тренировки самоутверждающего поведения. Самой ответ-

ственной частью программы является закрепление структурных личностных изменений, достигнутых в ходе лечения, в реальном общении за пределами терапевтической ситуации. Важно, чтобы возможные неудачи не нанесли дальнейший урон самооценке больного, а достигаемый успех делал бы коммуникативное поведение самоподкрепляемым.

Принципы терапии *зависимого расстройства личности* сходны с таковыми для тревожного типа, основной задачей также является повышение уровня самоутверждения. Задачей психодинамической терапии является коррекция нереалистических представлений больного о том, что психологическая независимость означает одиночество и потерю любви близких.

Групповая терапия особенно эффективна в гомогенных по полу группах. У женщин зависимость определяется не только нарушениями индивидуального развития личности, но и социальными ожиданиями полоролевого поведения. Критической может оказаться ситуация, когда для выведения из социальной дезадаптации требуется отделение от доминирующего лица, являющегося причиной дезадаптации (например, агрессивного и алкоголизирующегося супруга). Пациентка может оказаться перед крайне мучительным для нее выбором между необходимостью сотрудничества с врачом и лояльностью к патологическим отношениям с супругом. Врач всегда должен подчеркивать уважение к чувству зависимости больного, сколь бы патологичным оно ни являлось. Врачу важно также самому не «застрять» в роли доминирующего лица, обеспечив достаточные условия для формирования автономного поведения больного. Обычным и опасным переносом являются отрицательные эмоции, возникающие у психотерапевта в связи с чрезмерными ожиданиями больного опекать его и принимать за него решения.

В последнее время при психопатиях все чаще применяется групповая психотерапия. Групповая психотерапия ставит различные задачи – обучение контактам при тревожном и шизоидном типах психопатий, коррекция поведения. Многие авторы подчеркивают, что она позволяет пациентам лучше оценить свои реакции на жизненные трудности, выявить индивидуально-непереносимые ситуации, способствующие декомпенсации,

продемонстрировать реакции группы на их поведение; конфронтация этих больных с лицами, имеющими аналогичные проблемы, позволит сделать первых более восприимчивыми к лечению и добиться большей их социализации, нивелировки характерологических девиаций. Групповая психотерапия позволяет научить предвидеть последствия своего поведения и корректировать его в конкретных условиях. Рекомендуется проводить лечение пациентов с психопатиями в малых группах (лучше всего объединяя их с больными невротами и другими пограничными состояниями). Из групповых методов психотерапии часто применяются психодрама, дискуссионные формы и иные техники. В процессе тренингового взаимодействия с другими членами группы по соответствующему сценарию пациенту предоставляется возможность в игровой ситуации осознать и отреагировать имеющиеся у него патологические комплексы.

Разработанная М.Е. Бурно терапия творческим самовыражением психопатичных и хронически шизофреничных расстройств, особенно с дефензивными проявлениями (склонность к переживанию своей неполноценности, проявляющаяся в робости, застенчивости, стеснительности, нерешительности, тревожной мнительности, малодушии, склонности к сомнениям, неуверенности в себе, в конфликте с ранимым самолюбием), опирается на тщательный учет клинических особенностей пациента. Автор указывает следующие особенности терапии творческим самовыражением применительно к пациентам различных групп: 1) психастеники обычно нуждаются в достаточно подробной научно-лечебной информации, чувственном оживлении; 2) астенические психопаты – в проявлении заботы, доброты; 3) дефензивные циклоиды (обычно склонные к вере в своего психотерапевта) – в краткой научно-лечебной информации, эмоционально-подробном, юмористически мягком, жизнеутверждающем воздействии авторитетом психотерапевта, 4) дефензивные шизоиды – в помощи в творческом, общественно полезном выражении своей аутистичности, видении подлинных ценностей в людях другого склада; 5) дефензивные эпилептоиды – в помощи в поисках положительного в людях, не согласных в чем-то с ними, общественно-полезном претворении

в жизнь своей честной авторитарности; б) дефензивные истерические психопаты – в помощи научиться заслуживать внимание людей пусть демонстративным, но общественно полезным самовыражением.

### **Психотерапия аддиктивного поведения**

*Зависимое (аддиктивное) поведение* – это одна из форм отклоняющегося поведения личности, которое связано со злоупотреблением чем или кем-либо в целях саморегуляции или адаптации. Зависимое поведение имеет множество подвидов, дифференцируемых преимущественно по объекту аддикции. Выделяют химическую зависимость (курение, токсикомания, наркозависимость, лекарственная, алкогольная зависимость), нарушение пищевого поведения (переедание, голодание, отказ от еды), гэмблинг (компьютерная зависимость, азартные игры), сексуальные аддикции (зоофилия, фетишизм, пигмалионизм, трансвестизм, эксгибиционизм), религиозное деструктивное поведение (религиозный фанатизм, вовлечение в секту).

Среди индивидуальных особенностей личности можно выделить следующие психологические особенности личности аддикта, которые являются мишенями для психокоррекционной работы:

– в поведенческой сфере: эгоцентризм, избегание решений проблем, преимущественно однотипный способ реагирования на фрустрацию и трудности, неуверенность в себе, высокий уровень притязаний, низкая самокритичность;

– в аффективной сфере: эмоциональная лабильность, низкая толерантность, быстрое возникновение тревоги и депрессии, сниженная или нестабильная самооценка, появление социофобии, агрессивность; искажение мотивационно-потребностной сферы: блокировка потребности в защищённости, самоутверждении, свободе, принадлежности к временной перспективе; наличие когнитивных искажений, увеличивающих дисгармонию личности, «аффективная логика»: произвольное отражение – «Я неудачник», «Я супермен»; селективная выборка – «Меня никто не любит, потому что я плохо учусь»; сверхраспространённость – «Все наркоманы, так как принимают лекарства»; аб-

солютное мышление – «Всё или ничего», «Мир чёрный или белый»; персонализация – «Эта реплика неслучайна, она относится ко мне».

В психотерапии зависимостей можно выделить несколько этапов, которые определяют длительные стратегии работы. В каждом конкретном случае последовательность этапов работы определяется психотерапевтом индивидуально. Основные этапы психотерапии зависимостей:

1. Установление коммуникативных отношений.
2. Усиление мотивации для изменения.
3. Работа с ресурсами пациента (выявление, обсуждение и открытие дополнительных возможностей для использования ресурсов личности).
4. Определение препятствий для достижения цели: различные виды «сопротивления», скрытая условная выгода от проблемы.
5. Исследование причин компенсаторного зависимого поведения (детский травматический эмоциональный опыт, фиксация на чувстве вины, обиды, телесный и чувственный дискомфорт).
6. Повышение самооценки: одобрение пациента, подчеркивание новых достижений.
7. Поиск новых возможностей достижения комфорта и ощущения спокойствия, обучение контролю внутреннего состояния.
8. Проработка взаимоотношений в семье и коммуникаций с другими людьми.
9. Развитие новых привычек и поведенческих программ, поддержка в психологическом взрослении пациента.

Одним из вариантов зависимого поведения является алкоголизм. В настоящее время психотерапия считается основным методом лечения больных алкоголизмом. Центральной является проблема воздержания от употребления алкоголя. В основе многих методик лежит выработка аверсии к запаху, виду, вкусу алкоголя и даже его словесному обозначению. Обычная цель аверсивной терапии алкоголизма – добиться полного отказа от алкоголя посредством выработки тошнотно-рвотной реакции на него путем приема его в сочетании с фармакологическими препаратами, вызывающими рвотную реакцию (апоморфин, эметин,

отвар баранца и др.), приводящими к задержке дыхания, или в сочетании с болезненной электростимуляцией. Существуют и другие методы аверсивной терапии, используемые при лечении алкоголизма, – вербальная аверсивная терапия, которая заключается в том, что воображаемое потребление алкоголя с помощью словесного внушения сопровождается рвотной реакцией.

Формирование мотивации к полному воздержанию в целом определяет успех лечения и зависит от правильного использования интрапсихических и социальных факторов, значимых для мотивации. В данном случае необходима правильная оценка индивидуальной сложной системы наследственных факторов, условий раннего развития, личностной структуры, социокультурных и семейных влияний, сопутствующей психиатрической патологии. Необходимо найти индивидуальный подход к больному, установить с ним терапевтически продуктивные отношения. Целью терапии является осознание долгосрочной абстиненции, избегание рецидивов в критических ситуациях, адекватное поведение после рецидива, улучшения в тех сферах повседневной жизни, которые связаны с перегрузками (например, на работе), устранение или уменьшение индивидуальных расстройств (например, связанных с сексом и партнерскими отношениями).

Задача индивидуальной психотерапии на начальных этапах – эмоциональная поддержка больного с постепенным анализом механизмов зависимости от окружающих, дефицита самооценки, агрессивных импульсов, таких дезадаптивных психологических защит, как ложь и отрицание. Наиболее успешным является комбинированный психотерапевтический подход, включающий как выявление внутренних причин алкоголизации (недостаточная устойчивость к социальному стрессу, низкий уровень самоутверждения и т.д.) с выработкой более эффективных стратегий проблемно-решающего поведения, так и подключение эмоционально стимулирующих социальных влияний, значимых для больного (налаживание отношений в семье, целеполагающего поведения в профессиональной сфере).

При лечении алкоголизма применяются также и другие методы поведенческой психотерапии. К ним относится, в частности, тренировка самоконтроля. Техника самоконтроля направ-

лена на формирование сознательного сопротивления желаниям и попыткам относительно психоактивных веществ. Тренинг отказа – на формирование эффективного поведения в ситуациях, в которых предлагаются или навязываются вызывающие зависимость средства.

Другие поведенческие методы, предполагающие обучение альтернативному поведению (работа над снижением позитивной ценности питья и тренировка супружеской пары), находят применение в большинстве терапевтических программ. Функциональный анализ поведения должен дать пациентам возможность понять свое злоупотребление спиртным как действия, происходящие в сложной структуре условий и являющиеся мнимым решением проблем, а также то, что эти действия сами представляют собой проблему. Пациентам разъясняют, что устранение «первопричины» проблем и поведенческих дефицитов не может предотвратить дальнейшее злоупотребление веществами, вызывающими зависимость, так что им необходимо и далее оставаться абстинентами и выработать новую Я-концепцию. В последние годы в психотерапии больных алкоголизмом используются также технические подходы нейролингвистического программирования.

В рамках тренинга совладания со стрессом пациенты осваивают когнитивное реструктурирование, которое позволяет им понять, что они могут управлять своими чувствами. При этом предполагается, что неприятные чувства вызываются негативной самовербализацией и нереалистическими ожиданиями. Цель релаксационного тренинга – ослабление физиологического компонента эмоций во время стрессовых ситуаций и формирование альтернативы фармакологическому действию алкоголя.

Важными являются рекомендации по рациональной организации досуга, восстановление физической и умственной работоспособности с помощью спортивной терапии и терапии занятостью. Самоорганизация формируется постепенно. Вначале это простейший распорядок дня, а в конце – выработка планов на будущее в различных сферах жизни.

Большая часть методов терапии больных алкоголизмом (гипнотерапия, апоморфинотерапия, аутотренинг и др.) применяется в группах, что способствует повышению эффективности

лечебного воздействия. Что касается форм групповой психотерапии, то при алкоголизме основу ее составляют дискуссионные (недирективные) варианты с частым использованием дополнительных технических приемов (пантомима, разыгрывание ролевых ситуаций, проективный рисунок и др.).

Весьма эффективными оказываются разнообразные программы групповой и супружеской терапии, осуществляемые как в стационарных условиях, так и с целью длительной поддерживающей психотерапии в амбулаторных условиях, включая группы самопомощи. Суть групповой терапии – тренировка уверенности в себе, т.е. знание того, что такое уверенность в себе и какие преимущества она дает, а также понимание того, почему они порой поступают в ущерб своим интересам. Упражнения при этом предусматривают моделирование ситуаций, требующих навыков самоутверждения, совладания с перегрузками, умения общаться с окружающими и вступать в контакты. Особое внимание уделяется возникающим чувствам как индикаторам релевантных для поведения нерациональных установок.

Необходимо подчеркнуть, что эффективность групповой психотерапии при алкоголизме тесно связана с семейной психотерапией, являющейся важным дополнением к ней и проводимой обычно с самого начала лечения больного (психотерапия супружеских пар, в группах жен, мужа которых страдают алкоголизмом, и др.). При этом задача семейной психотерапии – выявление основных конфликтов супругов, реконструкция семейных отношений, адаптация семьи к режиму трезвости, укрепление установок больного на трезвость.

Преимуществом групповой и семейной психотерапии, добровольность участия в рамках различных организационных форм (в амбулаторных, полустационарных и стационарных условиях), адекватность целей, задач и видов психотерапии этапам лечения – важные предпосылки эффективности всей системы лечебно-восстановительных воздействий при алкоголизме.

В случае групповой психотерапии пожилых алкоголиков отмечается менее интенсивная групповая динамика, пациенты более зависимы от активности психотерапевта, положительные терапевтические результаты наблюдаются на более поздних стадиях лечения, для включения группы в активную деятель-

ность требуется гораздо больше времени. Установлено, что терапевтически эффективнее группы, составленные из пациентов, начавших злоупотреблять алкоголем под влиянием психотравмирующих обстоятельств в зрелом возрасте. При групповой психотерапии женщин, страдающих алкоголизмом, прежде всего приходится учитывать заинтересованность пациенток в решении таких проблем, как социально-психологическая изолированность, нарушения женской роли, трудности в общении с противоположным полом, воспитании детей и др.

Среди методов лечения зависимых от алкоголя лиц существуют программы лечения, направленные на воспитание, образование, просвещение окружающей пациента среды, выработку более рационального поведения в случаях нарушения ремиссии и быстрое обращение за помощью. Значительное влияние на формирование ремиссии оказывает участие в движении самопомощи, религиозное мировоззрение.

В случае невозможности коррекции патогенного влияния семьи и близкого социального окружения целесообразно временное помещение больного после проведения стационарного лечения в специально структурированные условия внебольничного проживания.

Таким образом, основной тенденцией развития психотерапии алкоголизма на современном этапе является ее эволюция от гетеро- и ауто-суггестивных воздействий, направленных на выработку отвращения к алкоголю, разъясняющей терапии в группах к глубокому анализу личности больного, системы его ценностных отношений, цель которого – повышение социально-психологической адаптации пациента и в результате отказ от употребления алкоголя.

Психотерапия зависимого поведения является этапной работой, позволяющей постепенно менять самооценку личности, расширять ресурсные возможности, повышать личностную эффективность.

## Контрольные вопросы

Выберите один правильный ответ

1. В наименьшей степени сущность психотерапии раскрывает следующее понятие:

- а) внушение;
- б) психологическая интервенция;
- в) клинико-психологическое вмешательство;
- г) психологическая коррекция.

2. К основным типам психотерапевтического вмешательства не относится:

- а) психоаналитический;
- б) поведенческий;
- в) гуманистический;
- г) опытный.

3. Оценка эффективности психотерапии осуществляется с учетом следующих аспектов терапевтической динамики:

- а) социального;
- б) соматического;
- в) психологического;
- г) всех перечисленных.

4. Основным направлением в психотерапии не является:

- а) когнитивно-поведенческое;
- б) динамическое;
- в) психосоциальное;
- г) экзистенциально-гуманистическое.

5. Поведенческая психотерапия представляет собой практическое применение:

- а) теории деятельности;
- б) теорий научения;
- в) концепции отношений;
- г) психологии установки.

6. Когнитивная психотерапия возникла как одно из направлений:

- а) рациональной психотерапии;
- б) гуманистической психотерапии;

- в) поведенческой психотерапии;
- г) психодинамической психотерапии.

7. Психологической основой психодинамического направления является:

- а) бихевиоризм;
- б) психоанализ;
- в) гуманистическая психология;
- г) когнитивная психология.

8. Не является ключевым понятием психоанализа как психотерапевтической системы:

- а) свободные ассоциации;
- б) перенос;
- в) сопротивление;
- г) эмпатия.

9. Поведенческая психотерапия в своей теории опирается на понятие:

- а) вытеснения;
- б) сопротивления;
- в) научения;
- г) фигуры и фона.

10. Термин «перенос» обозначает:

- а) эмоционально теплые отношения между пациентом и психотерапевтом;
- б) доверие и открытость пациента по отношению к психотерапевту;
- в) специфические отношения пациента и психотерапевта, основанные на проекции;
- г) партнерские отношения пациента и психотерапевта.

11. Основной процедурой психоанализа является:

- а) интерпретация;
- б) прояснение;
- в) фокусировка;
- г) преодоление.

12. Основоположником гуманистического направления в психологии является:

- а) Р. Лазарус;
- б) А. Адлер;
- в) А. Маслоу;
- г) Г. Айзенк.

13. Основоположником гештальт-терапии является:

- а) М. Боуэн;
- б) А. Эллис;
- в) О. Кернберг;
- г) Ф. Перлс.

14. Терапия, которую отличает большой объем работы, выполняющейся пациентом в качестве домашнего задания, вне терапевтических сеансов, а затем проверяющейся совместно с терапевтом:

- а) когнитивная;
- б) поведенческая;
- в) системная;
- г) психотерапия личностных расстройств.

15. В структуре личности, по З. Фрейду, существуют все следующие основные компоненты, кроме:

- а) Ид;
- б) Сверх-Я;
- в) Эго;
- г) Сверх-цензор;
- д) Оно.

16. В структуре личности, по К. Юнгу, существуют все следующие основные компоненты, кроме:

- а) личного бессознательного;
- б) коллективного бессознательного;
- в) сознания;
- г) архетипа и расового бессознательного.

17. В структуре личности, по А. Адлеру, выделяют следующие основные компоненты:

- а) Супер-эго;
- б) Селф (Self);
- в) сверхкомпенсация;

- г) механизм творчества;
- д) ничего из перечисленного.

18. Различные адлеровские жизненные стили, созданные разными видами компенсации, не включают:

- а) успешную компенсацию чувства неполноценности при совпадении стремления превосходства с социальным интересом;
- б) гиперкомпенсацию как одностороннее приспособление к жизни в результате недоразвития какой-либо черты, способности;
- в) невротических симптомов как неудавшихся способов компенсаций;
- г) ухода в болезнь при невозможности освободиться от чувства неполноценности («вырабатывание» симптомов болезни для оправдания своей неудачи);
- д) борьбы как выражения врожденных агрессивных тенденций человека.

19. Многомерность невротических конфликтов обнаруживается в том, что:

- а) нездоровое стремление к личному успеху не соответствует реальным возможностям индивида;
- б) нередко возникают противоречивые тенденции между желаниями и возможностями;
- в) внутриличностные конфликты достаточно очерчены;
- г) создаются благоприятные возможности для резкого усиления нервно-психического напряжения;
- д) наличествуют различные варианты их сочетаний.

20. Обсессивно-психастенический невротический конфликт обусловлен (по В.Н. Мясищеву):

- а) противоречием между моральными принципами, личными привязанностями;
- б) борьбой между желанием и долгом;
- в) борьбой между возможностями личности и завышенными требованиями к себе;
- г) противоречием между стремлениями личности и претензиями личности;
- д) противоречием между завышенными претензиями личности и недооценкой реальных условий.

21. Противоречие между возможностями личности и завышенными требованиями к себе приводит к возникновению (по В.Н. Мясищеву):

- а) истерического невроза;
- б) ипохондрического невроза;
- в) депрессивного невроза;
- г) невроза навязчивых состояний;
- д) неврастении.

22. Предпочтительная форма индивидуальной психотерапии детей с невротическими расстройствами:

- а) семейная психотерапия;
- б) аутогенная терапия;
- в) гештальт-терапия;
- г) игровая психотерапия.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

---

В настоящее время клиническая практика требует восстановления у больного не только соматического здоровья, но и оптимального психологического и социального функционирования. Современному врачу важно иметь адекватные представления о психическом здоровье, факторах, влияющих на развитие психической патологии, понимание вопросов касающихся диагностики и клиники психических расстройств. Врачу любой специальности важно знать психологию больного и лечебного процесса, проблемы взаимоотношений больного и врача, понимать роль и возможности психотерапии в медицине. При формировании тактики лечения, коррекции и реабилитации врачами должны учитываться психологические закономерности.

Особенно актуальными являются вопросы психической нормы и психического здоровья, аномальных психосоциальных ситуаций, представляющих существенный риск для развития психической патологии, психологической модели психического расстройства, патопсихологических диагностических критериев наиболее часто встречающихся психопатологических синдромов в соматической медицине.

Важное значение имеют вопросы психологии больного, механизмов психологической защиты, психологии лечебного процесса, проблем взаимоотношений больного и врача.

Прикладной характер пособия определяется тем, что в нем достаточно подробно описаны психологические и клинические основы психотерапии, применение психотерапии в лечебно-реабилитационном процессе при психосоматических и психических расстройствах.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Александров А.А.* Современная психотерапия: курс лекций / А.А. Александров. СПб.: Академ. проект, 1997. 335 с.
2. *Бойко В.В.* Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. СПб.: Сударыня, 1999. 32 с.
3. *Булатецкий, С.В.* Патопсихология: симптомы и синдромы психических расстройств. Для специальности «правоохранительная деятельность»: учеб. пособие для вузов / С.В. Булатецкий. 2-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2019. 177 с
4. *Детская психиатрия:* учебник / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. СПб.: Питер, 2005. 1120 с.
5. *Доклад* о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. М.: Весь мир, 2001. 215 с.
6. *Исаев Д.Н.* Психосоматическая медицина детского возраста / Д.Н. Исаев. СПб.: Спец. лит., 1996. 454 с.
7. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. М.: Медицина, 2000. 304 с.
8. *Клиническая психология:* учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2004. 960 с.
9. *Клиническая психотерапия* в общей врачебной практике / под ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: Питер, 2008. 528 с.
10. *Лакосина Н.Д.* Клиническая психология: учебник для студ. мед. вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2005. 416 с.
11. *Малкина-Пых И.Г.* Психосоматика: справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. М.: Эксмо, 2004. 992 с.
12. *Орлов Ф.В.* Головная боль в клинике психических нарушений / Ф.В. Орлов, А.В. Голенков, Г.А. Иваничев. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2005. 132 с.
13. *Орлов Ф.В.* Основы психотерапии: учеб. пособие / Ф.В. Орлов, Е.Л. Николаев. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2016. 192 с.
14. *Орлов Ф.В.* Психология в работе врача: конспект лекций / Ф.В. Орлов, И.Е. Булыгина, Е.Л. Николаев. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2009. 176 с.
15. *Практическая психодиагностика.* Методика и тесты: учеб. пособие / ред.-сост. Д.Я. Райгородский. Самара: Бахрах, 1998. 672 с.
16. *Психотерапевтическая энциклопедия* / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер Ком, 1998. 752 с.

17. *Сидоров П.И.* Клиническая психология: учебник / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. 2-е изд., доп. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 864 с.
18. *Столяренко Л.Д.* Основы психологии: учеб. пособие / Л.Д. Столяренко. 7-е изд., перераб. и доп. Ростов н/Д.: Феникс, 2003. 672 с.
19. *Творогова Н.Д.* Психология: лекции для студ. мед. вузов / Н.Д. Творогова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. 288 с.
20. *Творогова Н.Д.* Психология: практикум для студ. мед. вузов / Н.Д. Творогова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. 275 с.
21. *Ташлыков В.А.* Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами: метод. рекомендации / В.А. Ташлыков. СПб.: Изд-во МАПО, 1997. 23 с.
22. *Тюльпин Ю.Г.* Медицинская психология. М.: Медицина, 2004. 320 с.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Введение</b> .....	3
<b>Глава 1. Структура и развитие психики</b> .....	8
1.1. Психические процессы, состояния и свойства .....	8
1.2. Психологические характеристики сознания и психического бессознательного .....	9
1.3. Механизмы психологической защиты и совладания .....	11
1.4. Психологические особенности возрастных периодов .....	21
1.5. Особенности психологического развития. Возрастные кризисы. ....	25
1.6. Аномальные психосоциальные ситуации и их влияние на психическое развитие .....	30
1.7. Психологическая основа психических расстройств .....	45
Контрольные вопросы .....	49
<b>Глава 2. Патопсихологические диагностические критерии психопатологических синдромов в соматической медицине</b> .....	52
2.1. Характеристика основных перцептивных процессов. Нарушения восприятия и ощущений .....	52
2.2. Мышление как психический процесс. Нарушения мышления .....	58
2.3. Воображение. Нарушения воображения .....	72
2.4. Классификация, основные функции и индивидуальные особенности памяти. Формы нарушений памяти .....	77
2.5. Внимание и его основные характеристики. Нарушения внимания .....	87
2.6. Интеллект и его расстройства .....	94
2.7. Функции и свойства эмоций. Основные формы эмоциональных переживаний. Нарушения эмоций .....	103
2.8. Личность, ее основные свойства. Нарушения личности .....	120
Контрольные вопросы .....	147
<b>Глава 3. Психология больного и лечебного процесса</b> .....	152
3.1. Особенности контакта в системе «врач – пациент» .....	152
3.2. Восприятие боли .....	162
3.3. Восприятие болезни .....	168
3.4. Стратегии преодоления и психологической защиты в медицинской практике .....	187
3.5. Синдром эмоционального выгорания .....	193
3.6. Психологические эффекты и негативные последствия лечебного процесса .....	197

3.7. Особенности лечебной атмосферы в педиатрических клиниках .....	207
3.8. Неизлечимые болезни.....	214
Контрольные вопросы .....	217
<b>Глава 4. Психотерапия в работе врача .....</b>	<b>224</b>
4.1. Предмет и методы психотерапии .....	224
4.2. Механизмы лечебного действия психотерапии .....	228
4.3. Психоаналитически ориентированная психотерапия .....	235
4.4. Гуманистическое направление психотерапии .....	249
4.5. Когнитивно-поведенческая психотерапия.....	259
4.6. Особенности взаимодействия психотерапевта с пациентом.....	269
4.7. Клинические основы психотерапии .....	278
Контрольные вопросы .....	322
<b>Заключение .....</b>	<b>327</b>
<b>Список литературы .....</b>	<b>328</b>

*Учебное издание*

**Орлов Федор Витальевич**  
**Голенков Андрей Васильевич**  
**Иванова Оксана Юрьевна**

## **МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Учебное пособие

Редактор *М.С. Кулина*  
Компьютерная верстка и правка *Е.В. Ивановой*

Согласно Закону № 436-ФЗ от 29 декабря 2010 года  
данная продукция не подлежит маркировке

Подписано в печать 26.10.2020. Формат 60×84/16.  
Бумага газетная. Печать офсетная. Гарнитура Times.  
Усл. печ. л. 19,3. Уч.-изд. л. 19,0. Тираж 200 экз. Заказ № 897.

Издательство Чувашского университета  
Типография университета  
428015 Чебоксары, Московский просп., 15