Менделевич В. Д.

Клиническая (медицинская) психология

ВВЕДЕНИЕ

Глава 1 МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

- Клиническое интервьюирование
- Экспериментально-психологические (пато- и нейропсихологические) методы исследования
  - Патопсихологические методы исследования.
  - Патопсихологическая оценка нарушений внимания
  - Патопсихологическая оценка нарушений памяти
  - Патопсихологическая оценка нарушений восприятия
  - Патопсихологическая оценка нарушений мышления
  - Патопсихологическая оценка нарушений интеллекта
  - Патопсихологическая оценка нарушений эмоций
  - Патопсихологическая оценка индивидуально-психологических особенностей
  - Экспериментальное нейропсихологическое исследование
  - Оценка эффективности психокоррекционного и психотерапевтического воздействия
- ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:
- РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Глава 2 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ

- Принципы разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов
- Диагностические принципы-альтернативы
  - Болезнь-личность
  - Нозос-патос
  - Реакция-состояние-развитие
  - Психотическое-непсихотическое
  - Экзогенное-эндогенное-психогенное
  - Дефект-выздоровление-хронификация
  - Адаптация-дезадаптация, компенсация-декомпенсация
  - Негативное-позитивное
- Феноменология клинических проявлений
- ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:
- РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Глава 3 ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

- Семиотика

Ощущения

Восприятие

Внимание

Память

Мышление

Интеллект

Эмоции

Воля

Сознание

Психологические феномены и патопсихологические синдромы при психических заболеваниях

Невротические расстройства

Расстройства личности.

Шизофрения

Эпилептические психические расстройства

Органические психические расстройства

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Глава 4 ПСИХОЛОГИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Темперамент

Классификация А.Томаса и С.Чесса:

Характер

Личность

Структура личности (по К.К.Платонову)

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Глава 5 ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО

Психическое реагирование на заболевание и психология соматически больного

Пол

Возраст

Профессия

Особенности темперамента

Особенности характера

Особенности личности

Психологические особенности больных с различными соматическими заболеваниями

Онкологическая патология

Акушерская и гинекологическая патология

Терапевтическая патология

Хирургическая патология

Дефекты тела и органов чувств

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Глава 6 ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Глава 7 НЕВРОТИЧЕСКИЕ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Неврозы

Психосоматические расстройства и заболевания

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Глава 8 ПСИХОЛОГИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Агрессивное поведение

Аутоагрессивное поведение

Злоупотребление веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности

Нарушения пищевого поведения

Сексуальные девиации и перверсии

Сверхценные психологические увлечения

Сверхценные психопатологические увлечения

Характерологические и патохарактерологические реакции

Коммуникативные девиации

Безнравственное и аморальное поведение

Неэстетичное поведение

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Глава 9 СПЕЦИАЛЬНЫЕ РАЗДЕЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Возрастная клиническая психология*

Социальные и биологические составляющие нормального и аномального развития человека

Психические особенности и психосоматические расстройства в период новорожденности, младенчества и раннего детства

Психические особенности и психосоматические расстройства у детей дошкольного и младшего школьного возраста

Психология и психопатология ранней юности

Психологические особенности и психические расстройства лиц зрелого, пожилого и преклонного возраста

Семейная клиническая психология

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Глава 10 ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Психологическое консультирование

Психологическая коррекция

Психотерапия

Парапсихология и экстрасенсорное целительство

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ к теме: «ПСИХОЛОГИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ»

Опросник Стреляу

Тест Айзенка

Характерологический опросник К. Леонгарда

ПРИЛОЖЕНИЕ к теме: «ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО»

ЛОБИ (ленинградский опросник бехтеревского института)

ПРИЛОЖЕНИЕ к теме: «НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА»

Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич)

ПРИЛОЖЕНИЕ к теме: «ПСИХОЛОГИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ»

Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО)

ПРИЛОЖЕНИЕ к теме: ВОЗРАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Тестовая оценка знаний юношеской психологии

ОТВЕТЫ к программированному контролю

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

История развития клинической психологии представляет собой извилистый путь. Располагаясь на границе между медициной и психологией, новая наука то и дело прибивалась то к одному, то к другому берегу реки под названием «человекознание». Ради справедливости следует отметить, что до настоящего времени месторасположение клинической психологии не вполне определено, что можно объяснить междисциплинарным характером этой науки.

Точкой отсчета зарождения клинической психологии можно считать призыв медиков «лечить не болезнь, но больного». Именно с того времени начало происходит взаимопроникновение психологии и медицины. Вначале клиническая психология, которую активно разрабатывали психиатры, была нацелена на изучение отклонений интеллектуального и личностного развития, коррекцию дезадап-тивных и делинквентных форм поведения. Однако впоследствии сфера интересов клинической психологии была расширена за счет изучения психического состояния лиц с соматическими заболеваниями.

Термин «клиническая психология» происходит от греческого kline, что обозначает постель, больничную койку. В современной психологии, как правило, термины «клиническая» и «медицинская» психологии используются как синонимы. Учитывая данный факт, в дальнейшем изложении мы будем использовать лишь один из них. Однако, учтем существующую традицию медиков обозначать эту область знаний «медицинской психологией», а психологов — «клинической психологией».

Клиническая (медицинская) психология — наука, изучающая психологические особенности людей, страдающих различными заболеваниями, методы и способы диагностики психических отклонений, дифференциации психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов, психологию взаимоотношений пациента и медицинского работника, психопрофилактические, психо-коррекционные и психотерапевтические способы помощи пациентам, а также теоретические аспекты психосоматических и соматоп-сихических взаимовлияний.

Сегодня существует достаточно большое количество родственных психологических дисциплин, имеющих отношение к клинической психологии: патопсихология, психопатология, нейропсихология, психология девиантного поведения, психиатрия, неврозоло-гия, психосоматическая медицина и др. Каждая из перечисленных дисциплин сочетает в себе медицинские и психологические знания. Однако, все они имеют отношение к клинике и вследствие этого могут быть признаны составными частями клинической психологии. В соответствии с традициями в клиническую психологию включаются следующие разделы:

- психология больного
- психология лечебного взаимодействия
- норма и патология психической деятельности
- патопсихология
- психология индивидуальных различий
- возрастная клиническая психология
- семейная клиническая психология
- психология девиантного поведения
- психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия
- неврозология
- психосоматическая медицина

Клиническая психология тесно связана с родственными дисциплинами, в первую очередь, с психиатрией и патопсихологией. Сферой общего научного и практического интереса клинической психологии и психиатрии является *диагностический процесс.* Распознавание психопатологических симптомов и синдромов невозможно без знания их психологических антонимов — феноменов обыденной жизни, отражающих индивидуально-психологические особенности человека и располагающихся в пределах нормальных вариаций психического реагирования. К тому же, процесс диагностики психических заболеваний не может обойтись без «патопсихологической верификации».

Методы исследований психических особенностей соматически больных клиническая психология заимствует у психодиагностики и общей психологии; оценку адекватности или девиантности поведения человека у психиатрии, психологии развития и возрастной психологии. Изучение клинической психологии невозможно без медицинских знаний, в частности, из области неврологии, нейрохирургии и смежных дисциплин. Психосоматический раздел клинической психологии зиждется на научных представлениях из таких областей как: психотерапия, вегетология, валеология.

Наиболее полно перечень теоретических знаний и практических навыков клинического (медицинского) психолога можно почерпнуть из квалификационной характеристики специалиста в данной обалсти. В соответствии с приказом МЗ РФ №391 от 26.11.96 медицинский психолог обязан иметь следующие

Теоретические знания:

Психология и её значение для медицины: предмет, задачи и междисциплинарные связи медицинской психологии, история становления медицинской психологии как области психологической науки; медицинская психология как профессия; основные разделы медицинской психологии.

Основные теоретико-методологические проблемы медицинской психологии: мозг и психика, психосоматические и соматопсихические соотношения. Соотношения биологического и социального, проблема нормы и патологии, генетическое и приобретенное, наследственное и личностно-средовое, развитие и распад психики, органическое и функциональное, сознательное и бессознательное, адаптация и дезадаптация, дефицитарное и приспособительное.

Системный подход как теоретическая основа понимания психологической структуры болезни, восстановительного лечения и реабилитации больных.

Основные (фундаментальные) медицинские понятия: этиология, патогенез и саногенез, симптом, синдром, клинический диагноз, функциональный (многомерный или многоосевой) диагноз.

Смежные знания: основы общей и частной психиатрии, основы неврологии, учение о пограничных психических расстройствах, саморазрушающее поведение, основы психофизиологии и психофармакологии.

Психологические (психогенные) факторы в этиологии, патогенезе и патопластике психических и психосоматических нарушений, концепция предболезни, нарушение психической адаптации, социально-стрессовые расстройства, кризисные состояния.

Классификация методов медицинской психологии, психологическая диагностики как инструмент целенаправленного изучения личности, методы психологической диагностики в клинике, компьютерная психодиагностика, психологическая коррекция.

Понятие психологического диагноза, функциональный диагноз как результат интеграции клинического, психологического и социального аспектов болезни, понятие психологического контакта.

Основные категории медицинской психологии: психическая активность, восприятие, внимание, память, мышление, интеллект, эмоции, воля, темперамент, характер, личность, мотивация, потреб-

ности, стресс, фрустрация, сознание и самосознание, самооценка, конфликт, кризис, психогенез, психологическая зашита, копинг, алекситимия.

Теория эксперимента, понятия стандартизованных и не стандартизованных методик, теория и классификация тестов, основные психометрические понятия (валидность, надёжность, стандартизация, норма и др.).

Основы клинической нейропсихологии: системные механизмы мозга в организации высших психических функций, процессов и состояний, функциональная специализация полушарий — основные концепции и практика, соотношения обшемозгового и локального в нейропсихологии, нозологическая специфика нарушения высших психических функций, специфика нейропсихологического исследования в детском возрасте; основные нейропсихологические синдромы и методы их диагностики.

Понятие патопсихологии: соотношение качественного и количественного подходов в анализе психодиагностических данных, Патопсихологическая феноменология, закономерности и структурные особенности нарушений познавательных процессов, свойств и состояний, вызванных болезнью, нозологическая и синдромологическая специфика патопсихологической феноменологии, дифференциально-диагностическое и экспертное значение патопсихологического эксперимента, патопсихологические исследования в оценке динамики лечения.

Возрастные аспекты психологических расстройств: возрастные особенности психологических нарушений при различных заболеваниях, психическое развитие аномального ребёнка, детский аутизм, проблема дизонтогенеза и задержки психического развития, психологические аномалии подросткового возраста, особенности детских и подростковых форм патологического реагирования, психологические аспекты психического инфантилизма, психологические проблемы гериатрии и геронтологии.

Учение о характере: понятие акцентуации и психопатии, классификация акцентуаций характера, методы диагностики.

Учение о личности: основные концепции личности в отечественной и зарубежной психологии, методы диагностики, понятие о защитных механизмах личности, личность и болезнь.

Основные концепции психосоматических соотношений. Психосоматическое и соматопсихическое. Внутренняя картина болезни и отношение к болезни, методология и методы исследования, нозологическая специфика психологических феноменов и внутренняя картина болезни. Теоретические и методологические аспекты, методы психологической диагностики в различных видах экспертизы.

Теоретические, методологические и методические подходы в решении задач психопрофилактики и психогигиены, понятия массовых ис-

следований, психологического скрининга, факторов риска, психической дезадаптации и болезни.

Реабилитационный подход в медицине: понятие, концепции, основные принципы, формы и методы.

Психология экстремальных и кризисных состояний, понятие травматического стресса, социальной фрустрированности и социально-стрессовых расстройств.

Основные принципы психологического сопровождения лечебного процесса: организация психотерапевтической среды в лечебных подразделениях. Взаимоотношения врач-больной, психолог-врач-лечебный кабинет и др.

Психологические аспекты лекарственной и нелекарственной терапии, плацебо-эффект, психологические проблемы подготовки больных к операции, протезированию, психологические проблемы хронически больных, инвалидов и умирающих.

Медико-психологические аспекты социального поведения: общение, ролевое поведение, взаимодействие в группах, социальная нормативность и др.

Особенности работы медицинских психологов в стационарных, ам--булаторных и профилактических учреждениях различного типа, психологическое консультирование, профотбор, профориентация.

Психологические основы психотерапии, восстановительного обучения и реабилитации.

Базисные психотерапевтические теории: психодинамическая, поведенческая, экзистенциально-гуманистическая; личностно-ориенти-рованная психотерапия; медицинская и психологическая модели психотерапии; основные формы психотерапии: индивидуальная групповая, семейная, терапия средой, психотерапевтическое сообщество, социотерапия; механизмы лечебного действия психотерапии; нозологическая специфика и возрастные аспекты психотерапии и психологического консультирования; психологические проблемы невербальных методов психотерапии: музыкотерапия, хореотерапия, арттерапия и др.

Психотерапия и психологическое консультирование при кризисных состояниях.

Правовые аспекты деятельности медицинских психологов.

Деонтологические аспекты поведения медицинского психолога.

Практические навыки:

Практические навыки и умения медицинского психолога должны обеспечивать квалифицированное профессиональное решение задач в области психодиагностики (в том числе и экспертной), психокоррекции и психологического консультирования.

В области психодиагностики:

- умение проводить психологическое обследование с учетом нозологической и возрастной специфики, а также в связи с задачами медико-психологической экспертизы; создание необходимого психологического контакта и адекватный текущий контроль психологической дистанции; планирование и организация исследований; выбор адекватного методического аппарата; умение осуществлять количественный и качественный анализ результатов исследования

в связи с различными целями: дифференциальная диагностика, анализ тяжести состояния, оценка эффективности проводимой терапии и др., владение основными интерпретационными схемами и подходами, адекватное представление имеющихся данных в психодиагностическом заключении, владение основными клинико-психологическими методами (психологическая беседа, сбор психологического анамнеза, психологический анализ биографии, естественный эксперимент);

- владение основными экспериментально-психологическими методиками , направленными на исследование психических функций, процессов и состояний: восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, темперамента, характера, личности, мотивационных характеристик и потребностей, самосознания и межличностных отношений.

- владение основными приемами нейропсихологического исследования (методы оценки состояния гнозиса, праксиса, речевых функций и др.);

- владение основами компьютерной диагностики.

В области психологического консультирования и применения психокоррекционных методов:

- использование основных методов психологической коррекции (индивидуальной, семейной, групповой) в работе с больными и психологического консультирования с учетом нозологической и возрастной специфики;

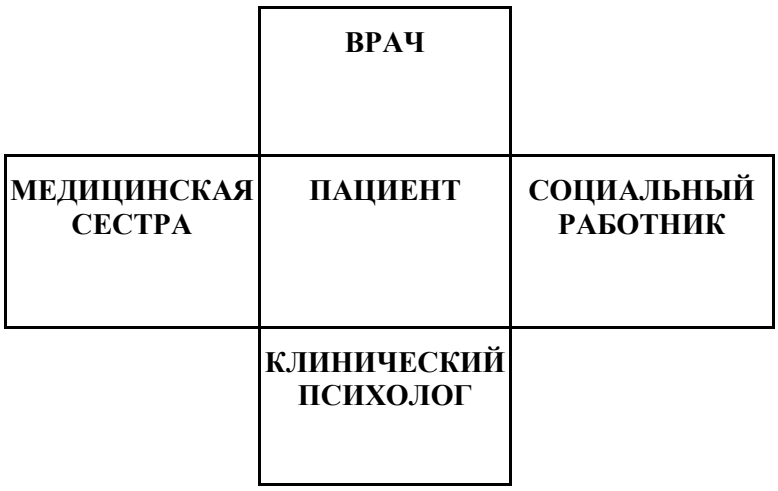
- владение методами индивидуального, группового и семейного консультирования здоровых с учетом возрастной специфики в связи с задачами психопрофилактики;

- владение основными приемами восстановительного обучения;

- владение подходами организации психотерапевтической среды и психотерапевтического сообщества;

- владение навыками проведения личностно- и профессионально ориентированных тренингов.

Рисунок 1.



Клинический (медицинский) психолог, наряду с врачом, медицинской сестрой и социальным работником составляют ближайший круг, оказывающий пациенту медико-психологическую помощь (рисунок 1). При этом роль клинического психолога существенна как в диагностическом, так и в психокоррекционном и психотерапевтическом плане.

Практическое руководство предназначено как для врачей (психиатров, психотерапевтов, невропатологов и представителей иных дисциплин), медицинских и практикующих психологов, медицинских сестер и социальных работников, так и для студентов, изучающих клиническую (медицинскую) психологию.

Глава 1
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Выбор методов исследования, используемых клиническим психологом, обусловлен теми задачами, которые возникают перед ним при выполнении профессиональных обязанностей. Диагностическая функция диктует использование психологических методик (батареи тестов, опросников и др.), способных оценить как деятельность отдельных психических функций, индивидуально-психологических особенностей, так и дифференцировать психологические феномены и психопатологические симптомы и синдромы. Психокоррекцион-ная функция подразумевает применение различных шкал, на основании которых возможен анализ эффективности психокоррекционных и психотерапевтических методик. Подбор необходимых методик осуществляется в зависимости от целей психологического обследования; индивидуальных особенностей психического, а также соматического состояния испытуемого; его возраста; профессии и уровня образования; времени и места проведения исследования. Всевозможные методы исследования в клинической психологии позволительно разделить на три группы: 1) клиническое интервьюирование, 2) экспериментально-психологические методы исследования, 3) оценка эффективности психокоррекционного воздействия. Остановимся на них подробнее.

Клиническое интервьюирование

Мы отдаем себе отчет в том, насколько сложным является унификация и схематизация творческого процесса, а ведь интервьюирование можно с полным основанием назвать творчеством. В этом отношении мы осознаем пределы своих возможностей и не претендуем на нахождение истины в последней инстанции. Каждый психолог вправе выбрать себе из множества существующих наиболее подходящий для него (его характера, интересов, пристрастий, уровня общительности, мировоззрения, культуры и т.д.) способ интервьюирования клиента (пациента). Поэтому следует рассматривать предлагаемый текст и мысли, заложенные в нем, как еще одну возможность, еще один вариант, который может удовлетворить взыскательного читателя и привести к применению на практике положений именно данного руководства.

Если же информация способна вызвать неприятие, тогда за читателем остается возможность продолжить поиск наиболее подходящего для него руководства по клиническому методу в клинической психологии.

Одной из *основных целей клинического интервьюирования* является оценка индивидуально-психологических особенностей клиента или пациента, ранжировка выявляемых особенностей по качеству, силе и тяжести, отнесение их к психологическим феноменам или к психопатологическим симптомам.

Термин «интервью» вошло в лексикон клинических психологов недавно. Чаще говорят о клиническом расспросе или беседе, описание которых в научных трудах носит в подавляющем большинстве описательный, сентенциозный характер. Рекомендации, как правило, даются в императивном тоне и направлены на формирование несомненно важных морально-нравственных качеств диагноста. В известных публикациях и монографиях клинический способ оценки психического состояния человека и диагностики у него психических отклонений приводится без описания собственно методологии (принципов и процедур) расспроса, что выводит даваемые рекомендации за рамки научных и доступных для эффективного воспроизведения. Получается парадоксальная ситуация: обучиться клиническому обследованию и диагностике возможно лишь экспериментальным путем, участвуя в качестве наблюдателя-ученика в беседах с клиентами известных и признанных авторитетов в области диагностики и интервьюирования.

Отвлекаясь от основной темы, хочется отметить, что к сожалению, в области диагностики существует и имеет массу поклонников даже в среде профессионалов диагностики психических отклонений без интервьюирования. То есть диагноз ставится заочно, без непосредственной встречи врача с предполагаемым пациентом. Подобная практика становится в наше время модной. Диагнозы психических заболеваний, выставляемых на основании анализа действий человека, известных врачу понаслышке или из уст неспециалистов, психопатологические трактовки текстов

«подозреваемых» (писем, стихов, прозы, брошенных когда-то фраз) лишь дискредитируют клинический метод.

Еще одной отличительной особенностью современной практической психологии стала убежденность во всесилие в диагностическом плане экспериментально-психологических методик. Большая армия психологов убеждена, что способна выявить психические отклонения и отграничить норму от патологии с помощью различного рода тестов. Подобное широко распространенное заблуждение приводит к тому, что психолог нередко превращает себя в гадалку, в фокусника, от которого окружающие ожидают демонстрации чуда и разгадок чудес.

Истинная диагностика как психических отклонений, так и индивидуально-психологических особенностей человека в обязательном порядке должна сочетать диагностику в узком понимании термина и непосредственное обследование психологом клиента (пациента), т.е. интервьюирование.

В настоящее время диагностический процесс полностью отдан на откуп врачам-психиатрам. Это нельзя признать справедливым, поскольку врач, в первую очередь, нацелен на поиск симптома, а не на собственно дифференциацию симптома и феномена. К тому же, в силу традиций врач-психиатр мало осведомлен о проявлениях здоровой психической деятельности. Именно в силу перечисленных особенностей можно считать обоснованным привлечение клинического психолога к диагностическому процессу в форме интервьюирования по оценке психического состояния испытуемых.

Клиническое интервью — это метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах, внутренней картине болезни пациента и структуры проблемы клиента, а также способ психологического воздействия на человека, производимый непосредственно на основании личного контакта психолога и клиента.

Интервью отличается от обычного расспроса тем, что нацелено не только на активно предъявляемые человеком жалобы, но и на выявление скрытых мотивов поведения человека и оказание ему помощи в осознании истинных (внутренних) оснований для измененного психического состояния. Существенным для интервью считается также психологическая поддержка клиента (пациента).

Функциями интервью в клинической психологии являются: диагностическая и терапевтическая. Они должны осуществляться параллельно, поскольку только их сочетание может привести к желаемому для психолога результату — выздоровлению и реабилитации пациента. В этом отношении практикующийся клинический расспрос, игнорирующий психотерапевтическую функцию, превращает врача или психолога в статиста, чью роль мог бы с успехом выполнять и компьютер.

Клиенты и пациенты зачастую не могут точно описать свое состояние и сформулировать жалобы и проблемы. Именно поэтому способность выслушать изложение проблем человека — это лишь часть интервью, вторая — способность тактично помочь ему сформулировать его проблему, дать ему понять истоки психологического дискомфорта — кристаллизовать проблему. «Речь дана человеку для того, чтобы лучше понимать себя», — писал Л.Выготский, и это понимание через вербализацию в процессе клинического интервью может считаться существенным и принципиальным.

Принципами клинического интервью являются: однозначность, точность и доступность формулировок-вопросов; адекватность, последовательность (алгоритмизованность); гибкость, беспристрастность опроса; проверяемость получаемой информации.

Под принципом однозначности и точности в рамках клинического интервью понимается правильное, корректное и точное формулирование вопросов. Примером неоднозначности может служить такой вопрос, обращенный к пациенту: «Испытываете ли Вы на себе психическое воздействие?» Утвердительный ответ на этот вопрос не дает диагносту практически ничего, поскольку интерпретировать его можно разнообразно. Пациент мог подразумевать под «воздействием» как обычные человеческие переживания, события, людей, окружающих его, так и, к примеру, «энергетический вампиризм», воздействие инопланетян и т.д. Вопрос этот неточен и неоднозначен, следовательно малоинформативен и является лишним.

Принцип доступности базируется на нескольких параметрах: словарном (лингвистическом), образовательном, культурном, культу-ральном, языковом, национальном, этническом и других факторах. Обращенная к пациенту речь должна быть ему понятна, должна совпадать с его речевой практикой, основанной на множестве традиций. Воцрос диагноста: «Не бывает ли у Вас галлюцинаций?» — может быть неправильно понят человеком, который впервые сталкивается с подобным научным термином. С другой стороны, если у пациента спросить, не слышит ли он голосов, то его понимание слова «голоса» может кардинально отличаться от понимания врачом того же термина. Доступность основывается на точной оценке диагностом статуса пациента, уровня его знаний; словарного запаса, субкультуральных особенностей, жаргонной практики.

Одним из важным параметров интервью считается алгоритмизированность (последовательность) расспроса, основанная на знаниях диагноста в области сочетаемости психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов; эндогенном, психогенном и экзогенном типах реагирования; психотического и непсихотического уровней психических расстройств. Клинический психолог обязан знать сотни психопатологических симптомов. Но если он будет спрашивать о наличие каждого известного ему симптома, то это, с одной стороны, займет большое количество времени и будет утомительным как для пациента, так и для исследователя; с другой, отразит некомпетентность диагноста. Последовательность строится на известном алгоритме психогенеза: на основании предъявления первых жалоб больными, рассказе его родственников, знакомых или на основании непосредственного наблюдения за его поведением формируется первая группа феноменов или симптомов. Далее опрос охватывает выявление феноменов, симптомов и синдромов, традиционно сочетающихся с уже выявленными, затем вой-росы должны быть направлены на оценку типа реагирования (эндогенного, психогенного или экзогенного), уровня расстройств и этиологические факторы. К примеру, если первыми удается выявить наличие слуховых галлюцинаций, то дальнейший расспрос строится по следующей схеме-алгоритму: оценка характера галлюцинаторных образов (количество «голосов», их осознаваемость и критичность, речевые особенности, определение места расположения источника звука по мнению пациента, время появления и т.д.) — степень эмоциональной вовлеченности — степень критичности пациента к галлюцинаторным проявлениям — наличие расстройств мышления (бредовых интерпретаций «голосов») и Далее в зависимости от квалификации описанных феноменов, подтверждение экзогенного, эндогенного или психогенного типов реагирования с помощью опроса о наличии, например, расстройств сознания, психосенсорных нарушений и других проявлений определенного круга расстройств. Кроме вышеописанного принцип последовательности подразумевает детальный расспрос в лонгитудинальном разрезе: очередность появления психических переживаний и их связь с реальными обстоятельствами. При этом важна каждая деталь рассказа, важен контекст событий, переживаний, интерпретаций.

Наиболее значимым являются принципы проверяемости и адекватности психологического интервью, когда для уточнения конгруэнтности понятий и исключения неверной интерпретации ответов диагност задает вопросы типа: «Что Вы понимаете под словом «голоса», которые Вы слышите?» или «Приведите пример испытываемых «голосов». При необходимости пациенту предлагается конкретизировать описание собственных переживаний.

Принцип беспристрастности — основной принцип феноменологически ориентированного психолога-диагноста. Навязывание пациенту собственного представления о наличие у того психопатологической симптоматики на основании предвзято или небрежно проведенного интервью может происходить как по причине сознательной установки, так и на базе незнания принципов интервью или слепой приверженности одной из научных школ.

Учитывая груз ответственности, в первую очередь морально-этической, лежащей на диагносте в процессе психологического интервью, нам кажется уместным привести основные этические положения Американской психологической ассоциации, касающиеся консультирования и интервьюирования:

1. Придерживаться конфиденциальности: уважать права клиента и его личную жизнь. Не обсуждать сказанное им во время интервью с другими клиентами. Если же Вы не сможете выполнить требования конфиденциальности, то необходимо сообщить об этом клиенту до разговора; пусть он сам решит, можно ли на это пойти. Если с Вами поделились информацией, содержащей сведения об опасности, грозящей клиенту или обществу, то этические предписания

разрешают нарушить конфиденциальность ради безопасности. Однако надо всегда, помнить, что, как бы то ни было, ответственность психолога перед доверившимся ему клиентом всегда первична.

2. Осознайте пределы своей компетентности. Существует своего рода интоксикация, возникающая после того, как психолог изучит несколько первых методик. Начинающие психологи сразу пытаются глубоко копаться в душах своих друзей и своих клиентов. Это потенциально опасно. Начинающему психологу следует работать под наблюдением профессионала; искать совета и предложений по улучшению стиля работы. Первый шаг к профессионализму—осознание своих пределов.

3. Избегайте расспрашивать о несущественных деталях. Начинающий психолог заворожен деталями и «важными историями» своих клиентов. Иногда он задает очень интимные вопросы о сексуальной жизни. Для начинающего или неумелого психолога характерно то, что он придает большое значение деталям из жизни клиента и одновременно пропускает то, что клиент чувствует и думает. Консультирование предназначено прежде всего для пользы клиента, а не для увеличения вашего объема информации.

4. Относитесь к клиенту так, как вы хотели бы, чтобы относились к Вам. Поставьте себя на место клиента. Каждый хочет, чтобы к нему относились с уважением, щадя его чувство собственного достоинства. Глубокие отношения и разговор по душам начинается после того, как клиент понял, что его мысли и переживания Вам близки. Отношения доверия развиваются из способности клиента и консультанта быть честными.

5. Принимайте во внимание индивидуальные и культурные различия. Мржно сказать, что практика терапии и консультирования без учета того, с какой культурной группой Вы имеете дело, вообще нельзя назвать этической практикой. Достаточно ли Вы подготовлены для того, чтобы работать с людьми, отличающимися от Вас?

Современное положение в обществе позволяет говорить о потенциально или явно существующих конфликтах в сфере общения. Клиническое интервью в этом отношении не является исключением. Потенциальные психологические сложности при проведении интервью возможны на разных уровнях — вчера они захватывали одну область; сегодня — вторую; завтра — могут распространиться да третью. Без доверительной атмосферы, терапевтической эмпатии между психологом и пациентом невозможно квалифицированное интервьюирование, постановка диагноза и психотерапевтический эффект.

В теории Жака Лакана делается предположение, что интервью — это не просто отношения между двумя людьми, физически присутствующими на сеансе. Это еще и взаимоотношение культур. То есть в процесс консультирования вовлечены как минимум четверо, и то, что мы принимали за беседу терапевта и клиента, может оказаться процессом взаимодействия между их культурно-историческими корнями. Следующий рисунок иллюстрирует точку зрения Ж. Лакана:

Рисунок 2.

Клиент	**Терапевт**
↑↑	↑↑
Истоки клиента	**Истоки терапевта**

Отметим, что консультирование — предмет более сложный, чем просто выдача клиенту рекомендаций. Культурная принадлежность всегда должна учитываться. На приведенном рисунке терапевт и клиент — это то, что мы видим и слышим в процессе интервью. «Но никто не может уйти от своего культурного наследства. Некото-

рые психологические теории имеют тенденцию к антиисторизму и недооценивают влияние культурной принадлежности на клиента. Они фокусируются в основном на отношениях клиент — психолог, опуская более интересные факты их взаимодействия» (Ж. Лакан).

Шнайдерман утверждал, что «тот, кто стремится стереть культурные различия и создать общество, в котором не существует чу-жеродность, идет к отчуждению... Моральное отрицание чужерод-ности — это расизм, вряд ли можно в этом сомневаться».

Эмпатия требует, чтобы мы понимали как личную неповторимость, так и «чужеродность» (культурно-исторический фактор) своего клиента. Исторически эмпатия фокусировалась на личной неповторимости, а второй аспект оказался забытым. Например, для психологов США и Канады характерно ожидание, что все клиенты независимо от их культурной принадлежности, будут одинаково реагировать на одно и то же лечение. Если исходить из концепции Ж.Ла-кана, то подобная терапия выглядит так:

Рисунок 3.

Клиент	**<=**	**Терапевт**
↑↑		↑↑
Истоки клиента		**Истоки терапевта**

Таким образом, культурно-историческое влияние отражено в этом интервью, но клиент и психолог не осознают этих проблем, отключены от них. В этом примере клиент осознает специфику своей культурной принадлежности и учитывает ее в своих планах на будущее. Психолог, однако, исходит из теории, основанной на индивидуальной эмпатии и не обращает внимания на это важное обстоятельство. Кроме того, клиент видит в консультанте только культурный стереотип, «Такой пример — отнюдь не исключение из правил, и многие небелые клиенты, пытавшиеся получить консультацию у неквалифицированного белого психотерапевта, с готовностью подтвердят это» (А. Айви).

В идеальном варианте оба — психолог и клиент — осознают и используют культурно-исторический аспект. Эмпатию же нельзя считать необходимым и достаточным условием, если не уделять внимания и культурному аспекту.

Модель Ж. Лакана дает дополнительный импульс для построения определенного уровня эмпатии. Иногда клиент и психолог полатают, что они говорят друг с другом, тогда как на самом деле они являются только пассивными наблюдателями того, как взаимодействуют две культурные установки.

В процессе клинического интервью, как показывает опыт и подтверждает теория Ж. Лакана, могут сталкиваться такие *составляющие историко-культурных баз* психолога (врача) и клиента (пациента) как: пол, возраст, религиозные убеждения и вероисповедание, расовые особенности (в современных условиях — национальность); сексуальные предпочтения ориентации. Эффективность интервью в этих случаях будет зависеть от того, как психолог и пациент с различными убеждениями и особенностями найдут общий язык,, какой стиль общения предложит диагност для создания атмосферы доверия. Сегодня мы сталкиваемся с относительно новыми проблемами в области лечебного взаимодействия. Пациенты зачатую не доверяют врачам, а врачи пациентам только на основании различий по национальному, религиозному, сексуальному (гетеро-, гомосексуалист) признакам. Врач (также как и психолог) должен ориентироваться на текущую ситуацию в области этнокультуральных взаимоотношений и выбирать гибкую тактику общения, избегающую обсуждения острых глобальных и немедицинских проблем, в частности национальных, религиозных, тем более не навязывать своей точки зрения по этим вопросам.

Описанные принципы клинического интервью отражают базовые знания, теоретическую платформу, на которой строится весь процесс интервьюирования. Однако не подкрепленные практическими процедурами принципы останутся незадействованными.

Существуют различные методологические подходы к проведению интервью. Считается, что *по длительности первое интервью* должно быть около 50 минут. Последующие интервью с тем же клиентом (пациентом) несколько короче. Можно предложить следующую модель (структуру) клинического интервью:"

I этап: Установление «доверительной дистанции». Ситуативная поддержка, предоставление гарантий конфиденциальности; определение доминирующих мотивов проведения интервью.

II этап: Выявление жалоб (пассивное и активное интервью), оценка внутренней картины — концепции болезни; структурирование проблемы,

III этап: Оценка желаемого результата интервью и терапии; определение субъективной модели здоровья пациента и предпочтительного психического статуса.

IV этап: Оценка антиципационных способностей пациента; обсуждение вероятных вариантов исхода заболевания (при его обнаружении) и терапии; антиципационный тренинг.

Приведенные этапы клинического психологического интервью дают представление о существенных пунктах, обсуждаемых в процессе встречи психолога и больного. Эта схема может использоваться при каждой беседе, однако следует помнить, что удельный вес — время и усилия, отводимые на тот или иной этап — различны в зависимости от очередности встреч, эффективности терапии, уровня наблюдаемых психических расстройств и некоторых иных параметров. Понятно, что при первом интервью преобладающими должны являться первые три этапа, а при последующих — четвертый. Особо следует учитывать уровень психических расстройств пациента (психотический — непсихотический); добровольность или принудительность интервью; критичность больного; интеллектуальные особенности и способности, а также реальную окружающую его ситуацию.

Первый этап клинического интервью («установление доверительной дистанции») можно определить как активное интервью." Он является наиболее важным и трудным. Первое впечатление пациента способно решить дальнейший ход интервью, его желание продолжать беседу, пойти на раскрытие интимных подробностей. Общение врача или психолога с пациентом начинается не с набившего оскомину формального; «На что жалуетесь?», а с ситуативной поддержки. Интервьюер берет нить разговора в свои руки и, мысленно поставив себя на место пациента, впервые обратившегося к врачу (тем более, если в психиатрическую больницу), прочувствовав драматизм ситуации, страх обратившегося быть признанным душевнобольным или понятым превратно или поставленным на учет, помогает тому начать разговор.

Обычно эффективным для установления «доверительной дистанции» — психологического комфорта оказывается высказывания типа: «Я понимаю, как это непросто обратиться к врачу (психологу), тем более в такое заведение как психиатрическая лечебница. Мне наверное не стоит говорить о том, что все, о чем Вы захотите поделиться со мной о себе и своих переживаниях останется между нами». На дальнейших этапах желательно подтверждать (напоминать) пациенту свои гарантии конфиденциальности, но не прямо, а косвенно. Например, вопросы, существенные для понимания состояния пациента, следует начинать со слов: «Если не секрет, не могли бы Вы рассказать подробнее о...» или «Ваше право не говорить мне о ...»; «Если Вам не хочется обсуждать эту тему, мы могли бы перейти к другой». Подобными речевыми, основанными на этических принципах, способами возможно быстрое и эффективное установление нужной «душевной волны» между врачом (психологом) и пациентом при условии, что за техникой коммуникации будет стоять искреннее желание разобраться в состоянии пациента, помочь ему, а не манипулирование.

Кроме этого, на первом этапе психолог должен выявить доминирующие мотивы обращения к нему, составить первое впечатление об уровне критичности интервьюируемого к себе и психологическим проявлениям. Эта цель достигается с помощью вопросов типа: «Кто был инициатором Вашего обращения к специалисту?», «Ваш приход на беседу со мной — это Ваше собственное желание или Вы сделали это для успокоения родственников (знакомых, родителей-, детей, начальства)?»; «Знает ли кто-нибудь о том, что Вы собирались обратиться к специалисту?»

Даже при беседе с больным с психотическим уровнем расстройств целесообразно начать интервью с предоставления гарантий конфиденциальности. Нередко эффективными для дальнейшего разговора с такими больными оказываются фразы типа: «Вы наверное знаете, что можете отказаться от разговора со мной как с психологом и психиатром?» В подавляющем большинстве случаев данная фраза не вызывает желания уйти из кабинета врача, а наоборот оказывается приятным откровением для пациента, который начинает чувствовать свободу распоряжаться информацией о себе и при этом становится более открытым для общения.

Активная роль врача (психолога) на этом прерывается и наступает *этап пассивного интервью.* Больному (клиенту) предоставляется время и возможность предъявить жалобы в той последовательности и с теми подробностями и комментариями, которые он считает нужными и важными. Врач или психолог при этом выполняют роль внимательного слушателя, лишь уточняющего особенности проявлений заболевания пациента. Чаще всего методика выслушивания включает в себя следующие способы (таблица 1).

Вопросы, задаваемые диагностом, направляются на оценку внутренней картины и концепции болезни, т.е. выявления представлений пациента о причинах и поводах возникновения у него тех или иных симптомов. При этом производится структурирование проблемы, которая остается фрустрирующей на момент интервью. Здесь

Таблица 1

Основные этапы диагностического выслушивания (по А-Айвн)

Методика	Описание	Функция в процессе интервью
Открытые вопросы	«Что?» — выявляет факты; «Как?» — чувства; «Почему?» — причины; «Можно ли?» — общую картину	Используется для выяснения основных фактов и облегчают разговор
Закрытые вопросы	Обычно включают в себя частицу «ли», на них можно отвечать кратко	Дают возможность выявит особые факты, сокращают слишком длинные монологи
Поощрение (поддержка)	Повторение нескольких ключевых фраз клиента	Поощряет детальную разработку специфических слов и смысла
Отражение чувства	Обращает внимание на эмоциональное, содержание интервью	Проясняет эмоциональна подоплеку ключевых фактов, помогает открывать чувства
Пересказ	Повторение сущности слов клиента и его мыслей, используя его ключевые слова	Активизирует обсуждение, показывает уровень понимания
Резюме	В сжатом виде повторяет основные факть* и чувства клиента	Полезно повторять периодически во время интервью. Обязательнр в конце встречи.

же диагност задает всевозможные вопросы, касающиеся анализа и психического состояния, основываясь на известных диагностических алгоритмах. Кроме выслушивания психолог во время интервью должен использовать и элементы воздействия.

Методы воздействия в процессе интервью (по А. Айви)

Таблица 2

Метод	**Описание**	**Функция в процессе интервью**
Интерпретация	Задает новые рамки, в которых клиент может увидеть ситуацию	Попытка дать возможность клиенту по-новому увидеть ситуацию — альтернативное восприятие реальности, что способствует изменению взглядов, мыслей, настроения и поведения
Директива (указание)	Говорит клиенту, какое действие предпринять. Может быть просто пожеланием или техникой.	Ясно показывает клиенту, какого действия психолог от него ожидает.
Совет (информация)	Дает пожелания, общие идеи, домашние задания, совет о том, как действовать, думать, вести себя.,	Умеренно используемые советы дают клиенту полезную информацию.
Самораскрытие	Психолог делится личным опытом и переживаниями, либо разделяет чувства клиента.	Тесно связан с приемом обратной связи, построен на «Я-предложениях». Способствует установлению раппорта.
Обратная связь	Дает клиенту возможность понять, как его воспринимает психолог, а также окружающие.	Дает конкретные данные, которые помогают клиент} понять, как его осознать, как другие воспринимают его поведение и стиль мышления, что создает возможность самовосприятия.
Логическая последовательность	Объясняет клиенту логические следствия его мышления и поведения. «Если... то».	Дает клиенту иную точку отсчета. Этот метод помогает людям предвидеть результаты их действий.
Воздействующее резюме	Часто используется в конце беседы, чтобы сформулировать суждения психолога. Часто используется в комбинации с резюме, делаемым клиентом.	Проясняет, что психолог и клиент добились за время беседы- Подводится итог того, что сказал терапевт. Призвано помочь клиенту перенести эти обобщения из интервью в реальную жизн.

Существенным на данном этапе интервьюирования является сбор так называемого психологического и медицинского анамнеза — истории жизни и болезни. Задачей психологического анамнеза является получение от больного сведений для оценки его личности как сложившейся системы отношений к самому себе и, в особенности, отношения к болезни и

оценки того, насколько болезнь изменила всю эту систему. Важными являются данные о течении болезни и жизненном пути, которые призваны выявлять, какое отражение болезнь получает в субъективном мире пациента, как сказывается на его поведении, на всей системе личностных отношений. Внешне медицинский и психологический анамнез как методы исследования весьма сходны — расспрос мог идти по единому плану, но их цель и использование полученных данных совершенно отличны (В.М.Смирнов, Т.Н.Резникова).

Следующий *(III) этап* клинического интервью направлен на выявление представлений пациента о возможном и желаемом результатах интервью и терапии. Больного спрашивают: «От чего из того, что Вы мне рассказали Вам хотелось бы избавиться в первую очередь? Как Вы представляли себе до прихода ко мне нашу беседу и что Вы ждете от нее? Как Вы думаете, чем бы я мог Вам помочь?»

Последний вопрос нацеливает на выявление предпочтительного для пациента способа терапии. Ведь не редки случаи, когда больной после предъявления врачу жалоб (часто разнообразных и субъективно тяжелых) отказывается от лечения, ссылаясь на то, что принципиально не принимает никаких лекарств, скептически относится к психотерапии или вообще не доверяет врачам. Подобные ситуации указывают на искомый психотерапевтический эффект от самого интервью, от возможности высказаться, быть услышанным и понятым.

Этого оказывается в некоторых случаях достаточным для определенной части обращающихся за консультацией к врачу или психологу. Ведь нередко человек приходит к врачу (особенно психиатру) не за диагнозом, а для того, чтобы получить подтверждение собственным убеждениям о своем психическом здоровье и уравновешенности.

На *четвертом заключительном этапе* клинического интервью вновь активная роль переходит к интервьюеру. Основываясь на выявленной симптоматике, имея представление пациента о концепции болезни, зная чего ожидает больной от лечения, интервьюер-психолог направляет интервью в русло антиципационного тренинга. Как правило, невротик страшится думать и даже обсуждать с кем бы то ни было возможные печальные исходы существующих для него конфликтных ситуаций, вызвавших обращение к врачу и заболевание.

Антиципационный тренинг, который основан на антиципацион-ной концепции неврозогенеза (В.Д. Менделевич), направлен, в первую очередь, на додумывание пациентом самых негативных последствий его болезни и жизни. К примеру, при анализе фобического синдрома в рамках невротического регистра целесообразно задавать вопросы, в следующей последовательности: «Чего именно Вы страшитесь? — Что-то плохое должно произойти. — Как Вы предполагаете и чувствуете, с кем это плохое должно произойти: с Вами или с Вашими близкими? — Я думаю со мной. — Что же именно, как Вам кажется? — Я боюсь умереть. — Что означает для Вас смерть? Чем она страшна? — Не знаю. — Я понимаю, что это неприятное занятие — думать о смерти, однако прошу Вас подумайте, чего именно Вы боитесь в смерти? Я попробую Вам помочь. Для одного человека смерть — это небытие, для другого — страшна не сама смерть, а связанные с ней страдания, боли; для третьего — она означает, что дети и близкие окажутся в случае смерти беспомощными и *т.д.* Какое Ваше мнение об этом? — ...—»

Подобный прием в рамках клинического интервью выполняет как функцию более точной диагностики состояния пациента, проникновение в тайное тайных его болезни и личности, так и терапевтическую функцию. Нами подобный прием назван антиципаци-онным тренингом. Его можно считать патогенетическим способом терапии невротических расстройств. Использование этого способа при интервьюировании больных с психотическими нарушениями выполняет одну из функций интервью — в большей степени проясняет диагностические горизонты, чем и оказывает терапевтический эффект.

Клиническое интервью состоит из вербальных (описанных выше) и невербальных способов, особенно на втором этапе. Наряду с опросом пациента и анализом его ответов, врач может распознать массу важной информации, не облаченной в словесную форму.

Язык мимики и жестов — это тот фундамент, на котором основывается консультирование и интервьюирование (Харпер, Вьенс, Матараззцо, А.Айви). Невербальный язык, по мнению последнего автора, функционирует на трех уровнях:

• Условия взаимодействия: например, время и место беседы, оформление кабинета, одежда и другие важные детали, боль-

шинство из которых влияет на характер взаимоотношений между двумя людьми;

• Информационный поток: например, важная информация часто приходит к нам в форме невербальной коммуникации, но гораздо чаще невербальная коммуникация модифицирует смысл и переставляет акценты в словесном контексте;

• Интерпретация: каждый индивид, принадлежащий к любой культуре, имеет совершенно разные способы интерпретации невербальной коммуникации. То, что воспринял из невербального языка один, может в корне отличаться от того, что понял другой.

Обширные исследования в западной психологической науке по изучению навыков слушания показали, что стандарты визуального контакта, наклона туловища, средний тембр голоса могут совершенно не годиться в общении с некоторыми клиентами. Когда врач работает с депрессивным больным или с человеком, говорящим о деликатных вещах, визуальный контакт во время взаимодействия может быть неуместным. Иногда мудрым решением будет отвести взгляд от говорящего.

Визуальный контакт. Не забывая о культуральных различиях, следует все же отметить важность того, когда и почему индивид перестает смотреть вам в глаза. «Именно движение глаз — ключ к тому, что происходит в голове клиента, — считает А. Айви, — Обычно визуальный контакт прекращается, когда человек говорит на щекотливую тему. Например, молодая женщина может не смотреть в глаза, когда говорит об импотенции партнера, но не тогда, когда говорит о своей заботливости. Это может быть реальным знаком того, что она бы хотела сохранить взаимоотношения с любовником». Тем не менее, чтобы точнее вычислить значение изменения невербального поведения или визуального контакта, требуется не одна беседа, в противном случае велик риск сделать ошибочные выводы.

Язык тела. По этому параметру естественно различаются представители разных культур. Разные группы вкладывают неодинаковое содержание в одни и те же жесты. Считается, что наиболее информативным в языке тела является изменение наклона туловища. Клиент может сидеть естественно, и затем, без всякой видимой причины сжать ладони, скрестить ноги или сесть на край кресла. Часто эти вроде бы незначительные изменения являются индикаторами конфликта в человеке.

Интонация и темп речи. Интонация и темп речи человека может столько же сказать о нем, особенно о его эмоциональном состоянии, сколько и вербальная информация. То, насколько громко или тихо произносятся предложения, может служить индикатором силы чувств. Быстрая речь обычно ассоциируется с состоянием нервозности и гиперактивностью; в то время как замедленная речь может свидетельствовать о вялости и депрессии.

Отметим вслед за ААйви и его коллегами значимость таких параметров как построение речи, в процессе интервью. По данным этих авторов, то, как люди строят предложения, является важным ключом к пониманию их восприятия мира. Например, предлагается ответить на вопрос: «Что Вы скажете контролеру, когда он начнет проверять наличие билетов, а Вы окажетесь в затруднительном положении?»: а) Билет порван, б) Я порвал билет, в) Машина порвала билет или г) Что-то произошло?

Объяснение даже такого незначительного события может послужить ключом к пониманию того, как человек воспринимает себя и окружающий мир. Каждое из вышеприведенных предложений соответствует действительности, но каждое иллюстрирует различное мировоззрение. Первое предложение — просто описание того, что случилось; второе — демонстрирует человека, берущего ответственность на себя и указывает на внутренний локус контроля; третье представляет внешнее управление, или «Я не делал этого», и четвертое указывает на фаталистическое, даже мистическое мировосприятие.

Анализируя структуру предложений, мы можем прийти к важному выводу относительно психотерапевтического процесса: слова, которыми оперирует человек, описывая события, часто дают о нем больше информации, чем само событие. Грамматическая структура предложений тоже индикатор личностного мировоззрения.

Исследования и наблюдения Ричарда Бендлера и Джона Гриндера — основоположников нейролингвистического программирования — акцентировали внимание психологов и психотерапевтов на лингвистических аспектах диагностики и терапии. Впервые было отмечено значение используемых пациентом (клиентом) слов и построения фраз в процессе понимания структуры его мыслительной деятельности, а значит и личностных особенностей. Ученые заметили, что люди по-разному рассказывают о сходных явлениях. Один, к примеру, скажет, что «видит», как его супруг к нему плохо относится; другой применит слово «знаю»; третий — «чувствую» или «ощущаю»; четвертый — скажет, что супруг не «прислушивается» к его мнению. Подобная речевая стратегия указывает на преобладание определенных репрезентативных систем, наличие которых необходимо учитывать с целью «подключения» к пациенту и создания истинного взаимопонимания в рамках интервью.

По данным Д.Гриндера и Р. Бендлера существует три типа рассогласований в структуре речи интервьюируемого, которые могут служить для изучения глубинной структуры человека: *вычеркивание, искажение и сверхобобщение.* Вычеркивание может проявляться в таких предложениях, как «Я боюсь». На вопросы типа «Кого или чего Вы боитесь?», «Пр какой причине?», «В каких ситуациях?», «Испытываете ли Вы страх сейчас?», «Этот страх реален или его причины ирреальны?» — ответов обычно не поступает. Задачей психолога является «развернуть» краткое утверждение о страхе, развить полную репрезентативную картину затруднений. Во время этого процесса «заполнения вычеркнутого» могут появиться новые поверхностные структуры. Искажения можно определить как неконструктивное или неверное предложение. Эти предложения искажают реальную картину происходящего. Классическим примером этого может служить предложение типа: «Он делает из меня сумасшедшего», в то время, как истина заключается в том, что человек, «делающий безумным другого», ответственен только за свое поведение. Более правильным будет утверждение типа: «Я очень сержусь, когда он делает это». В этом случае клиент берет на себя ответственность за свое поведение и начинает сам контролировать направление своих действий. Искажения часто развиваются из вычеркивания на поверхностной структуре предложения. На более глубоком уровне внимательное изучение жизненной ситуации клиента выявляет множество искажений реальности, существующих в его сознании. Сверхобобщения возникают тогда, когда клиент делает далеко идущие выводы, не имея для этого достаточных оснований. Сверхобобщение часто сопровождается искажениями. Слова, сопровождающие сверхобобщения, обычно следующие: «все люди», «вообще все», «всегда», «никогда», «то же самое», «постоянно», «вечно» и прочие.

Использование вербальной и невербальной коммуникации способствует более точному пониманию проблем пациента и позволяет создать обоюдоблагоприятную ситуацию во время клинического интервью.

Экспериментально-психологические (пато- и нейропсихологические) методы исследования

Патопсихологические методы исследования.

Под патопсихологическими исследованиями (экспериментами) в современной психологи понимается использование любой диагностической процедуры в целях моделирования целостной системы познавательных процессов, мотивов и «отношений личности» (Б.В.Зейгарник).

Основными *задачами* параклинических методов в клинической психологии является обнаружение изменений функционирования отдельных психических функций и выявление патопсихологических синдромов. Под *патопсихологическим синдромом* понимают патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных и взаимосвязанных (В.М.Блейхер). К патопсихологическим синдромам относят совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, выраженных в психологических понятиях (В.В.Николаева, Е.Т.Соколова, А.С.С-пиваковская). Считается, что в патопсихологическом синдроме отражаются

нарушения различных уровней функционирования центральной нервной системы. По мнению А.РЛурия, Ю.Ф.Полякова, в системе иерархии мозговых процессов различаются такие уровни как: патобиологический (характеризующийся нарушениями морфологической структуры тканей мозга, протекания в них биохимических процессов), физиологический (заключающийся в изменении течения физиологических процессов), пато- и нейропсихологический (для которых характерно нарушение протекания психических процессов и связанных с ними свойств психики), психопатологический (проявляющийся клиническими симптомами и синдромами психической патологии).

В результате выявления патопсихологических синдромов возможным становится оценка особенностей структуры и протекания самих психических процессов, приводящих к клиническим проявлениям — психопатологическим синдромам. Патопсихолог направляет свое исследование на раскрытие и анализ определенных компонентов мозговой деятельности, ее звеньев и факторов, выпадение которых является причиной формирования наблюдаемых в клинике симптомов.

Выделяют следующие патопсихологические регистр-синдромы (И.А.Кудрявцев):

- шизофренический
- аффективно-эндогенный
- олигофренический
- экзогенно-органический
- эндогенно-органический
- личностно-аномальный
- психогенно-психотический
- психогенно-невротический

Шизофренический синптомокомплекс складывается из таких лич-ностно-мотивационных расстройств как: *изменение структуры и иерархии мотивов, расстройства мыслительной деятельности, нарушающего целенаправленность мышления и смыслообразование (резонерство, соскальзывание, разноплановость, патологический полисемантизм) при сохранности операционной стороны, эмоциональные расстройства (упрощение, диссоциация эмоциональных проявлений, знаковая парадоксальность), изменение самооценки и самосознания (аутизм, сенситивность, отчужденность и повышенная рефлексия).*

В **психопатический (личностно-аномальный) симптомокомплекс** входит: *эмоционально-волевые расстройства, нарушения структуры и иерархии мотивов, неадекватность самооценки и уровня притязаний, нарушение мышления в виде «относительного аффективного слабоумия», нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт.*

Органический (экзо- и эндогенный) симптомокомплекс характеризуется такими признаками, как: *общее снижение интеллекта, распад имевшихся сведений и знаний, мнестическиерасстройства, затрагивающие как долговременную, так и оперативную память, нарушения внимания и умственной работоспособности, нарушение операционной стороны и целенаправленности мышления, изменение эмоциональной сферы с аффективной лабильностью, нарушение критических способностей и самоконтроля.*

В **олигофренический симптомокомплекс** входят такие проявления, как: *неспособность к обучению и формированию понятий, дефицит интеллекта, дефицит общих сведений и знаний, примитивность и конкретность мышления, неспособность к абстрагированию, повышенная внушаемость, эмоциональные расстройства.*

Выделение патопсихологических регистр-синдромов позволяет клиническому психологу не только зафиксировать нарушения в различных сферах психической деятельности, но и ранжировать их по механизмах возникновения. Кроме того, правильная квалификация патопсихологического синдрома позволяет клиницисту верифицировать нозологический диагноз и в верном русле направить коррек-ционную и терапевтическую работу. В большей степени регистр-синдромы значимы для патопсихологических исследований в психиатрической клинике, в меньшей — в соматической.

Параклинические методы исследования в клинической психологии представляют собой обширный набор способов оценки деятельности головного мозга. Каждый из них представляет инструментарий какой-либо области науки. Вследствие этого освоение всех параклинических методов и способов диагностики не входит в компетенцию клинических психологов. Но умение подобрать необходимые при конкретной клинически выявленной патологии параклинические методы, обосновать необходимость их использования, верно трактовать полученные с их помощью результаты считается неотъемлемой составляющей деятельности клинического психолога

Патопсихологическая диагностика использует батарею экспериментально-психологических методик-тестов, в помощью крторых

Таблица 3

Основные методы патопсихологической диагностики при нарушениях тех или иных сфер психической деятельности

Сфера психической деятельности, в которой отмечены нарушения	Патопсихологическая методика
Расстройства внимания	таблицы Шульте корректурная проба счет по Крепелину методика Мюнстерберга
Расстройства памяти	тест десяти слов пиктограмма
Расстройства восприятия	сенсорная возбудимость пробы Ашафенбурга, Рейхардта, Липмана
Расстройства мышления	тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение ассоциативный эксперимент проблема Эверье , пиктограмма тест дискриминации свойств понятий
Расстройства эмоций	тест Спилбергера метод цветовых выборов Люшера
Расстройства интеллекта	тест Равена тест Векслера

возможна оценка функционирования как отдельных сфер психической деятельности, так и интегративных образований — типов темперамента, особенностей характера, личностных качеств.

Выбор конкретных методов и способов патопсихологической диагностики в клинической психологии базируется на выявлении кардинальных психопатологических отклонений при различных типах психического реагирования в определенных сферах психической деятельности. В таблице 3 представлены показания для использования тех или иных методов патопсихологической диагностики.

Патопсихологическая оценка нарушений внимания

Для подтверждения выявляемых клинически расстройств внимания наиболее адекватными патопсихологическими методиками являются оценка внимания по таблицам Шульте, по результатам проредения корректурной пробы и счета по Крепелину.

Таблицы Шульте представляют собой набор цифр (от 1 до 25), неположенных в случайном порядке в клетках. Испытуемый должен показать и назвать в заданной последовательности (как

правило, возрастающей от единицы до двадцати пяти) все цифры. Испытуемому предлагается подряд четыре-пять неидентичных таблиц Шульте, в которых цифры расположены в различном порядке. Психолог регистрирует время, затраченное испытуемым на показывание и называние всего ряда цифр в каждой таблице в отдельности, Отмечаются следующие показатели: 1) превышение нормативного (40-50 секунд) времени, затраченного на указывание и называние ряда цифр в таблицах; 2) динамика временных показателей в процессе обследования по всем пяти таблицам.

Таблицы Шульте. 1.

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

2.

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
I	15	20	9	24
19	13	4	14	8

3.

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

По результатам данного теста возможны следующие заключения о характеристиках внимания испытуемого:

Внимание концентрируется достаточно — в случае, если на каждую из таблиц Шульте испытуемый затрачивает время, соответствующее нормативному.

Внимание концентрируется недостаточно — в случае, если на каждую из таблиц Шульте испытуемый затрачивает время, превышающее нормативное.

Внимание устойчивое — в случае, если не отмечается значительных временных отличий при подсчете цифр в каждой из четырех-пяти таблиц.

Внимание неустойчивое — в случае, если отмечаются значительные колебания результатов по данным таблиц без тенденции к увеличению времени, затраченного на каждую следующую таблицу.

Внимание истощаемое — в случае, если отмечается тенденция к увеличению времени, затрачиваемого испытуемым на каждую следующую таблицу.

Методика **счет по Крепелину** используется для исследования угомляемости. Испытуемому предлагается складывать в уме ряд однозначных чисел, записанных столбцом. Результаты оцениваются по количеству сложенных в определенный промежуток времени чисел и допущенных ошибок.

При проведении корректурной пробы используются специальные бланки, на которых приведен ряд букв, расположенных в случайном порядке. Инструкция предусматривает зачеркивание испытуемым одной или двух букв по выбору исследующего. При этом через каждые 30 или 60 секунд исследователь делает отметки в том месте таблицы, где в это время находится карандаш испытуемого, а также регистрирует время, затраченное на выполнение всего задания.

Интерпретация та же, что и при оценке результатов по таблицам Шульте. Нормативные данные по корректурной пробе: 6-8 минут при 15 ошибках.

Методика Мюнстерберга предназначена для определения избирательности внимания. Она представляет собой буквенный текст, среди которого имеются слова. Задача испытуемого как можно быстрее считывая текст, подчеркнуть эти слова. На работу отводится две минуты. Регистрируется количество выделенных слов и количество ошибок (пропущенных или неправильно выделенных слов).

Методика Мюнстерберга

бсопнцеэвтргщофайонзшгучноеостьь

щукенгшизхъвафьюропдблюбовьавыфрплсхд

бкюрадостьвуфциеждлорргшродшлджьхэшщгиернк

ждорлвфьюювфбьконкурсйфньгувскапрличност

эпрппаваниедптюзбыттрдшщнпркьюком

янвтдмъгфтасенплабораториягш

Нарушения внимания не являются специфичными для каких-либо психических заболеваний, типов психического реагирования, уровней психических расстройств. Однако, можно отметить специфику их изменений при различной психической патологии. Так, наиболее ярко они представлены в структуре экзогенно-органичес-кого типа психического реагирования, проявляясь нарушениями концентрации и устойчивости внимания, быстрой истощаемостью, трудностями переключаемостью внимания. Сходные нарушения встречаются при неврозах. В рамках эндогенного типа психического реагирования нарушения внимания не являются определяющими (как правило, они либо отсутствуют, либо являются вторичными по отношению к другим психопатологическим феноменам). Несмотря на это существуют данные (Э.Крепелин) о том, что при шизофрении характерными оказываются нарушения активного внимания при сохранности пассивного. Это отличает пациентов с шизофренией от больных с экзогенно-органйческими и невротическими психическими расстройствами.

Больные шизофренией внешне невнимательные и рассеянные могут хорошо воспринимать все, что происходит вокруг, выхватывая случайные детали, и в то же время им редко удается активно направлять и длительно удерживать внимание на каком-либо заранее указанном объекте.

Вследствие этого, по соотношению сохранности у пациента активного и пассивного внимания можно косвенно определить тип психического реагирования. Кроме того, у больных шизофренией нарушен механизм фильтрации, что можно заметить в экспериментах на помехоустойчивость (к примеру, в методике Мюнстерберга).

Нарушения внимания типичны для соматических заболеваний, сопровождающихся выраженным болевым синдромом и другими яркими клиническими проявлениями. Наиболее часто расстройства внимания отмечаются у больных с патологией центральной нервной системы, церебральным атеросклерозом, гипертонической болезнью и другими заболеваниями, сопровождающимися общемозговыми явлениями (к примеру, при нейроинтоксикациях).

Патопсихологическая оценка нарушений памяти

Необходимость подтдерждения клинически выявляемых расстройств памяти возникает в тех случаях, когда они выражены незначительно или когда пациент жалуется на снижение памяти. Наиболее часто для оценки мнестических нарушений используется методика запоминания 16 слов. Она направлена на изучение способности к непосредственному краткосрочному или долговременному, произвольному и непроизвольному запоминанию. Обследуемому зачитывают десять слов, подобранных так, чтобы между ними было трудно установить какие-либо смысловые отношения (например: гора, игла, роза, кошка, часы, вино, пальто, книга, окно, пила). Непосредственно после зачитывания, а также через час после него испытуемому предлагается воспроизвести эти слова в любом порядке. Причем после запоминания подобная процедура повторяется 4-5 раз подряд. Отмечаются следующие показатели: 1) количество воспроизведенных слов; 2) количественную динамику воспроизведенных слов (кривая произвольного запоминания).

По результатам данного теста возможны следующие заключения о характеристиках памяти испытуемого:

Непосредственное запоминание не нарушено — в случаях, когда испытуемый непосредственно после зачитывания ему десяти слов воспроизводит в четырех-пяти попытках не менее 7 слов.

Непосредственное запоминание нарушено — в случаях, когда испытуемый непосредственно после зачитывания ему десяти слов воспроизводит менее 7 слов. Чем меньше количество слов удается испытуемому воспроизвести, тем более выраженными признаются нарушения непосредственного запоминания.

Долговременная память не нарушена — в случаях, когда через час без предварительного предупреждения испытуемый воспроизводит не менее 7 слов, предназначавшихся для запоминания.

Долговременная память снижена — в случаях, когда через час без предварительного предупреждения испытуемый воспроизводит менее 7 слов, предназначавшихся для запоминания.

Методика, предназначенная для исследования опосредованного запоминания (**пиктограмма**), включает в себя предъявление испытуемому для запоминания 10-15 понятий, которые он должен нарисовать так, чтобы впоследствии по рисунку вспомнить заданные понятия. Через час испытуемому предлагается по рисункам воспроизвести заданные слова. Примерный ряд понятий: 1) веселый праздник, 2) глухая старушка, 3) сердитая учительница, 4) девочке холодно, 5) болезнь, 6) разлука, 7) развитие, 8) побег, 9) надежда, 10) зависть. Интерпретация сходна с тестом десяти слов.

Расстройства памяти также как и расстройства внимания чаще входят в структуру экзогенно-органического типа психического реагирования. Нередко они сопутствуют невротическим нарушениям.

Для астенических состояний различного генеза (чаще других соматического) типичными оказываются явления истощаемости и ослабление способности к запоминанию к концу исследования. При олигофрении наблюдается равномерное снижение непосредственной и оперативной памяти. При деменции в пожилом возрасте, как правило, нарушается механическая и ассоциативная память, резко выражены расстройства запоминания. Для шизофрении мнестические нарушения не типичны. Гипермнезии типичны для маниакальных состояний.

Патопсихологическая оценка нарушений восприятия

Нарушения восприятия в меньшей степени, чем психические расстройства других сфер психической деятельности поддаются патопсихологической верификации. Это связано в значительной мере с субъективным характером переживаний отклонений восприятия. Вследствие этого патопсихологическое исследований данной психической сферы направлено, в первую очередь, на выявление скрытых расстройств, перевод их в явные, которые можно зарегистрировать иными способами. В качестве таких методов предложены пробы Ашафенбурга, Рейхардта, Липмана.

При **пробе Ашафенбурга** испытуемому предлагается разговаривать по телефону, который предварительно отключен от сети. При **пробе Рейхардта** испытуемому предъявляется чистый лист бумаги и предлагается рассмотреть то, что на нем нарисовано. При **пробе Липмана** после надавливания на веки испытуемого предлагается сказать, что он видит. Все вышеперечисленные пробы направлены на то, чтобы выявить галлюцинаторные или иллюзорные образы, наличие которых предполагается. Однако, при анализе проб нельзя исключать внушенного характера галлюцинаторных феноменов.

Исследование сенсорной возбудимости сходно с вышеперечисленными пробами. Это исследование включает предложение испытуемому всмотреться в рисунки «движущиеся квадраты» и «волнистый фон», состоящих из расположенных в определенном порядке и ракурсе квадратов и линий, пересекающих геометрические фигуры. Затем испытуемому предлагается подсчитать количество квадратов в каждом ряду или неясно нарисованные фигуры. Оцениваются субъективные ощущения, возникающие в процессе эксперимента, а также возможный иллюзорный стереоскопический обман.

Патопсихологическая оценка нарушений мышления

Патопсихологическое исследование и анализ нарушений мышления зачастую является важным параметров в диагностическом процессе. Это связано с тем, что многие расстройства мышления, в частности, шизофренического спектра, более явно проявляются в момент психологического обследования, чем при интервьюировании пациента. Это относится к таким симптомам как: соскальзывание, разорванность, разноплановость мышления, опора на латентные признаки и др.

Основными методами исследования мышления являются тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение, ассоциативный эксперимент, проблема Эверье, пиктограмма.

Методика классификации понятий включает в себя предложение испытуемому классифицировать карточки с изображением животных, растений и предметов. Предлагается разложить карточки на группы так, чтобы они содержали однородные предметы и могли быть названы обобщающим словом. Затем в случае необходимости предлагается укрупнить группы. Оценивается: 1) число этапов, затраченных на окончательную классификацию предметов (должно получиться три группы — животные, цветы, неодушевленные предметы); 2) принципы классификации. Заключения отражают количество этапов классификации, а также особенности мышления испытуемых.

Конкретное мышление — определяется в случаях, когда испытуемый объединяет предметы в конкретные ситуационные группы (например, пальто со шкафом, «потому, что пальто висит в шкафу»).

Склонность к детализации — определяется в случаях, когда испытуемый выделяет дробные группы (например, «одежда домашняя и одежда на выход», «корнеплоды и некорнеплоды»).

Опора в мышлении на латентные признаки — определяется в случаях, когда в классификации делается упор на малоактуальных» скрытых признаков понятий (например, в одну группу объединяются автобус и медведь потому, что оба «склонны к плавному началу движения»).

На основании методики классификации понятий возможно подтверждение клинически выявляемых специфических для определенных групп психических заболеваний расстройств мышления. Так, конкретность мышления может подтверждать наличие органически обусловленных психических расстройств, склонность к излишней детализации — эпилептический характер ассоциативных нарушений, опора мышления на латентные признаки — на нарушения мышления шизофренического спектра.

Методики на исключение, обобщение понятий, выделение существенных признаков, анализ отношений понятий (аналогии) применяются с целью определения особенностей мышления лиц, с различной психической патологией а также тех, которые ложатся в основу интеллектуальных способностей.

Для оценки способности разграничивать разнородные понятия используется **методика исключение понятий.** Испытуемому предлагается из четырех предметов или из пяти слов исключить один предмет или слово, которые не подходят к остальным, сходным родовым понятием. Анализ методики сходен с методикой классификации понятий.

Стимульный материал к методике исключение понятий

Дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий.

Смелый, храбрый, отважный, злой, решительный,

Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий.

Молоко, сливки, сыр, сало, сметана.

Скоро, быстро, поспешно, постепенно, торопливо.

Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий.

Лист, почка, кора, дерево, сук.

Дом, сарай, изба, хижина, здание.

Береза, сосна, дерево, дуб, ель.

Темный, светлый, голубой, ясный, тусклый.

Гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога.

Неудача, крах, провал, поражение, волнение.

Молоток, гвоздь, клещи, топор.долото.

Минута, секунда, час, вечер, сутки.

Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.

Успех, победа, удача, спокойствие, выигрыш.

Методика выделение существенных признаков позволяет судить о качестве понимания испытуемым главных и второстепенных приг знаков предметов и явлений. Процедура ее заключается в отборе испытуемым двух слов (признаков) предмета или явления, расположенных в скобке и относящихся к понятию, расположенному за скобками.

Стимульный материал к методике выделение существенных признаков

1. Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).

2. *Сарай (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).*

3. Деление (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).

4. Кольцо (диаметр, алмаз, проба, округлость, печать).

5. *Игра (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).*

6. Куб (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).

Одним из наиболее информативных для оценки качественной специфики мышления относится **ассоциативный эксперимент.** Испытуемому предлагается привести первую пришедшую на ум ассоциацию-на стимульные слова.

Ассоциативный эксперимент

*хлеб*_____

*лампа*_____

*пение*_____

*колесо*_____

красота _____

*война*_____

*воздух*_____

*развитие*_____

*звонок*_____

*пещера*_____

*бесконечность*_____

*луна*_____

*брат*_____

*лечение*_____

*топор*_____

*падение*_____

*обман*_____

*голова*_____

*сомнение*_____

*игра*_____

*цель*_____

*глубина*_____

*народу*_____

*права*_____

*ссора*____

жестокость.

*бабочка*__

*поиск*____

печаль

совесть

Регистрируются: I) латентный период; 2) качественные характеристики ответов. Выделяют общеконкретные, индивидуально-конкретные, абстрактные, ориентировочные, созвучные, экстрасигнальные, междометные, персеверирующие, эхолалические и атактические ответы.

Особенности мышления больных шизофренией, как правило, включают атактические (трава-гвоздь) или созвучные (народ-урод) реакции. Это обусловлено особенностями расстройств мышления при шизофрении, в частности, ассоциациями по созвучию — рифмованием слов.

Методика Эббингауза сходна с ассоциативным экспериментом и позволяет оценить стройность и продуктивность мышления. Пациенту предлагается заполнить пробелы в рассказе:

Стал дед очень стар. Ноги у него не.... глаза не.... уши не..., зубов не стало. И когда он ел, у него текло изо... .Сын и невестка перестали его за...

сажать и давали ему...за печкой. Снесли ему раз обедать в..., онхотел ее подвинуть, да уронил на..., чашка и.... Стапи тут... бранить старика за то, что он им все в...портит и...бьет.

Для оценки целенаправленности мышления используется проблема Эверье. Испытуемому предлагается проанализировать следующий отрывок текста:

Существуют *различные взгляды на ценность жизни. Одни считают ее благом, другие—злом. Было бы правильнее держаться середины, потому что, с одной стороны, жизнь приносит нам меньше счастья, чем мы желали бы сами себе, с другой стороны, — ниспосылаемые нам несчастья всегда меньше того несчастья, которого нам желают в душе другие люди. Вот это-то равновесие и делает жизнь вполне выносимый, вернее, до известной степени справедливой.*

Наиболее ярко особенности нарушений мышления могут быть выявлены с помощью анализа **пиктограмм,** которые позволяют судить о характере ассоциаций испытуемого. В этом проективном тесте оценивается: 1) техника исполнения рисунка (величина, завершенность, их обрамление, подчеркивание, наличие уточняющих линий, отличия и сходство рисунков, относящихся к различным понятиям); 2) расположение рисунков на листе; 3) принцип, положенный в основу ассоциативного ряда для запоминания; 4) степень оригинальности или стандартности.

Заключения по тесту отражают особенности ассоциативной деятельности и выражаются следующими типичными словосочетаниями:

Преобладание стандартных образов т- в случаях, когда рисунки совпадают с теми, которые использует большинство лиц данной культуры (например, изображение флагов, шаров, елок для запоминания понятия «веселый праздник»).

Преобладание атрибутивных образов — в случаях, когда при изображении заданных понятий используется принцип принадлежности к чему-либо, т.е. доминируют рисунки, отражающие предметы или явления, являющиеся неотъемлемой частью заданного понятия (например, изображение тяжестей, ассоциирующихся с «тяжелой работой»).

Преобладание конкретных образов — в случаях, когда рисунки содержат предметы или явления, непосредственно связанные с ситуацией (например, лежащий в постели человек при изображении понятия «болезнь»).

Преобладание метафор — в случаях, когда при изображении заданного понятия используются конкретные образы, прямо с ним не связанные и использующие абстрагирование (например, туча, закрывающая солнце при изображении «болезни»).

Преобладание персонифицированных и индивидуально значимых образов — в случаях, когда при изображении заданных понятий используются индивидуально-значимые образы (например, ребенок на понятие «счастье»).

Преобладание органической графики — в случаях, когда в рисунках преобладает незавершенность линий в тех образах, которые требуют завершенности(к примеру, круг), повторное или неоднократное проведение линий.

Грубая органическая графика — в случаях, когда доминируют макрографические образы, отмечается подчеркивание, обрамление рисунков, чрезмерная стереотипия рисунков.

Преобладание геометрических фигур — в случаях, когда понятия изображаются преимущественно геометрическими фигурами.

Стереотипия человеческими фигурами — в случаях, когда в рисунках преобладает изображение человеческих фигур.

Считается, что при психической норме в пиктограмме преобладают конкретные, атрибутивные, стандартные упорядоченные образы. При органических поражениях головного мозга — чрезмерная стереотипия, упорядоченность, аккуратность в изображениях и четкое

нумерование рисунков, их низкая дифференцированность, незавершенность линий, подчеркивание, обрамление изображений. При шизофрении доминируют абстрактные образы, возможна стереотипия, но не за счет человеческих фигур, буквенное изображение и геометрические фигур, а также атипичное (несимметричное, негармоничное) расположение рисунков на листе.

Патопсихологическая оценка нарушений интеллекта

Определение уровня интеллектуальных нарушений в отечественной клинической психологии и психиатрии включает в себя как клиническую, так и патопсихологическую оценку. При этом приоритет отдается клинической диагностике. Несмотря на это, экспериментально-психологическое тестирование способно уточнить характер и тяжесть снижения интеллекта. Наиболее часто для этих целей используется тест **прогрессивных матриц Ранена.** Он состоит из 60 заданий, распределенных по 5 сериям. В каждой серии представлено изображение полотна с геометрическим рисунком или несколько матриц с одной недостающей частью. Испытуемому предлагается обнаружить закономерности в матрицах и подобрать из шести-восьми предложенных ту матрицу, которой недостает в полном изображении. От серии к серии задания усложняются.

Результаты оцениваются по количеству правильно подобранных недостающих фрагментов по каждому заданию. Выделяется пять степеней развития интеллекта по тесту Равена:

I степень — более 57 правильных ответов (баллов), т.е. более 95%— особо высокоразвитый интеллект.

II степень — от 45 до 57 баллов (75-94%) — интеллект выше среднего.

III степень —от 15 до 45 баллов (25-74%) — интеллект средний.

IV степень — от 3 до 15 баллов (5-24%) — интеллект ниже

среднего.

V степень — менее 3 баллов (5%) — интеллектуальный дефект.

Считается, что уровень 30 баллов является для взрослого человека условной границей между оценкой его интеллекта в рамках нормы и при умственной отсталости.

Оценка интеллекта возможна опосредованно при исследовании особенностей мышления, в частности, понимания переносного смысла пословиц и поговорок, общей осведомленности и т.д., составляющих основу теста Векслера.

Патопсихологическая оценка нарушений эмоций

Психологические методики, позволяющие оценивать аффективные нарушения, как правило представляют собой опросники шкалы самооценки. Среди них самые известные направлены на определение выраженности тревоги (шкапа Спилбергера, Шихана) и депрессии (Бека, Гамильтона). В связи с тем, что испытуемый самостоятельно оценивает уровень собственной эмоциональности результаты перечисленных шкал следует сравнивать с клиническими показателями. Их использование обоснованно в большей степени при оценке эффективности терапевтических мероприятий.

Одним из наиболее значимых в оценке эмоциональных нарушений является проективный тест цветовых выборов Люшера. С его помощью удается определить уровень стресса (тревоги). Тест Люшера представляет еобой набор карточек разного цвета (обычно используется восьмицветный тест). Испытуемому предлагается расположить их по мере снижения симпатии к цвету — на первое место поставить «самый приятный» на момент обследования цвет, на последнее — «самый неприятный». Исследование повторяется дважды. За каждым цветом закреплены соответствующие параметры, характеризующие индивидуально-психологические особенности человека. Символика цвета, по мнению Л.Н.Собчик, уходит корнями в истоки существования человека на земле и связана с эмоциональной оценкой явлений природы (солнца, плодов, ночи, крови и пр.). Люшер выделил четыре основных цвета (синий, зеленый, красный,

желтый) и четыре дополнительных (фиолетовый, коричневый, черный, серый), а также отметил, что постановка цвета на первое место указывает на цветовые ассоциации с основным способом действия, на второе — с целью, к которой человек стремится, на третье и четвертое — с эмоциональной оценкой истинного положения вещей, на пятое и шестое — с невостребованными в данный момент резервами, на последние места — с подавленными потребностями. В аффективной сфере *синий цвет* ассоциируется с крайней чувствительностью человека, повышенной тревожностью и вследствие этого с потребностью в эмоциональном комфорте, покое. *Зеленый цвет* указывает на повышенную чувствительность человека к оценке его со стороны окружающих, к критике. *Красный* демонстрирует жизнерадостность, оптимистичность и раскованность чувств. *Желтый* — эмотивность и экзальтированность, нетерпеливость, неустойчивость и отсутствие глубины переживаний, а также эмоциональную незрелость. Выбор *фиолетового цвета* как наиболее приятного может трактоваться как эмоциональная неустойчивость, напряженность. *Коричневый цвет* отражает тревожность с соматическими эквивалентами; *черный* — агрессивность, озлобленность, дисфорию; *серый* — усталость, безразличие.

На основании метода цветовых выборов Люшера (МЦВ) возможна оценка уровня тревожности и стресса. Этот показатель выс-читывается на основании перераспределения основных дополнительных цветов в ряду предпочтительных выборов. Считается, что, если перемещение основного цвета на 6, 7 или 8 позиции, также как перемещение дополнительного цвета на 1, 2 или 3 позиции указывает на имеющийся стресс. Баллы начисляются так: для основных за 8 позицию 3 балла, за 7-ю — 2, за 6-ю — 1; для дополнительных за 1-ую — 3, за 2-ую — 2, за 3-ю — 1. Максимальное количество баллов, указывающих на уровень стресса — 12. Кроме того, возможно оценивать динамику стресса: нарастание в случае большего количества баллов во втором выборе цветов, убывание или отсутствие нарастания при обратных соотношениях.

Патопсихологическая оценка нарушений сознания и воли, как правило, не является определяющей в диагностическом процессе.

Патопсихологическая оценка индивидуально-психологических особенностей

Исследование индивидуально-психологических особенностей человека включает в себя применение батареи тестов, направленных на оценку свойств темперамента, характерологических черт и особенностей личности. Учитывая значимость для клинической психологии изучения данных аспектов психологии больных в приложении приводятся тексты наиболее известных и применяемых мето-. дик с кратким описанием способов их использования. Из методик, направленных на оценку интегративных понятий, в частности, лич-

ностных и характерологических особенностей, а также уточнение клинических симлтомокомплексов выделяется **Миннесотский многопрофильный опросник личности (MMPI).** С его помощью возможно уточнение клинически выявляемых феноменов, личностных особенностей пациентов с психическими нарушениями. Он позволяет анализировать скрытые от исследователя-клинициста индивидуальные тенденции и психопатологические переживания. Опросник состоит из трех оценочных и десяти клинических шкал. Каждая шкала способна выявлять как психологические особенности, так и психопатологические симптомы и синдромы. Условной границей является уровень 70 Т.

Первая клиническая шкала (невротического сверхконтроля / ипохондричности) позволяет уточнять такие личностные свойства как склонность к контролю своих эмоций, ориентация в поведении на традиции, общепризнанные нормы, гиперсоциальность установок. При превышении уровня 70 Т шкала указывает на фиксированность внимания человека на внутренних ощущениях, склонность к преувеличению тяжести своего состояния, ипохондричность.

Вторая шкала (депрессии) отражает уровень снижения настроения, пессимистическую настроенность, опечаленность, удрученность собственным положением, желание уйти от решения сложным жизненных ситуаций. Превышение уровня 70 Т может говорить о клинически выраженной депрессии с чувством тоски, бесперспективности, суицидальными мыслями и намерениями.

Третья шкала (эмоциональной лабильности/истерии) указывает на выраженность неустойчивости фона настроения, склонности к драматизации событий, чувствительности. При показателях этой шкалы выше 70 Т можно отметить истерические черты поведения: демонстративность, «жажду признания», эгоцентризм, экзальтированность, инфантильность.

По четвертой шкале (социальной дезадаптации/психопатии) возможно обнаружение и подтверждение таких черт как склонность к импульсивности, конфликтности, недоучет объективных обстоятельств и ориентация на желания, а не на реальность. Показатель по 4 шкале выше 70 Т демонстрирует признаки социальной дезадаптации, конфликтность, агрессивность, выраженную импульсивность и потерю контроля за собственных поведением.

Пятая шкала (мужественности/женственности) указывает на выраженность свойств, характерных тому или иному полу.

Шестая шкала (аффективной ригидности /паранойи) регистрирует такие качества, как застреваемость на отрицательных переживаниях, обидчивость, склонность к прямоте в общении, практичность, догматизм. Зашкаливание за 70 Т может быть подозрительным в отношении формирования у человека сверхценных или бредовых идей с чувством собственной ущемленности, враждебности со стороны окружающих.

Седьмая шкала (тревоги/психастении) демонстрирует выраженность психастенических черт характера, тревожности, мнительности, склонности к образованию навязчивых идей, а при превышении 70 Т о дезорганизации поведения вследствие этих особенностей.

Восьмая шкала (индивидуалистичности/аутизма/шизофрении) отражает такие личностные качества, как: своеобразие иерархии ценностей, отгороженность от окружающих, индивидуалистичность, трудности в общении. Превышения уровня 70 Т может указывать на выраженную дезорганизацию поведения, снижение реалистичности, склонность к аутистическому типу мышления.

По девятой (оптимизма/гипомании) и десятой (интра-экстраверсии) возможна оценка данных качеств как в рамках психологических особенностей, так и при психической патологии.

При неврозах отмечается невротический наклон профиля — преобладают показатели первых трех шкал. Нередко им сопутствует повышение по 7 шкале. При истерических симптомах профиль личности по MMPI приобретает вид «конверсионной пятерки» — при повышении трех шкал невротической триады лидируют первая и третья, а вторая) несколько ниже, образуя вид латинской буквы V. При психопатиях, как правило, отмечается повышение по четвертой шкале. При психозах регистрируется повышение шкал психотической тетрады (4, 6, 8, 9). Кроме того, выделяют астенический и стенический тип профилей. В первом случае отмечается повышение по 2 и 7 шкалам, во втором — по 4, 6 и 9 шкалам. Депрессивный синдром психотического уровня отражается на MMPI пиками по 2, 7 и 8 со снижением (отрицательным пиком) по 9 шкале, маниакальный — пиками по 9 и 4 и снижением по 2 и 7 шкалам.

Приведенные в данном параграфе патопсихологические методы диагностики способны существенно дополнить клиническую диагностику психических заболеваний.

Экспериментальное нейропсихологическое исследование

Экспериментально-нейропсихологическое исследование направлено на оценку состояния высших психических функций, особенностей функционирования асимметрии полушарий и познавательных процессов. Оно применяется чаще в неврологической и психиатрической клиниках. Ниже приведены основные методики экспериментального нейропсихологического исследования (в вариантах предложенных Л.И.Вассерманом, С.А.Дорофеевой и Я.А. Меерсон), которые могут значимыми для овладения специальностью «медицинский (клинический) психолог».

Нейропсихологическое исследование нарушений речи

Оценка экспрессивной речи производится на основании выполнения пациентом-испытуемым субтестов-заданий, включающих исследование спонтанной, диалоговой, повествовательной (монологической), автоматизированной, отраженной речи.

При оценке **спонтанной и диалоговой речи** больному предъявляется ряд вопросов, на которые он должен ответить. Одни вопросы предусматривают короткий, односложный ответ (типа «да», »нет», «хорошо», «плохо»), другие — развернутый. Вопросы затрагивают обыденную жизнь. При анализе полученных ответов учитывается способность больного понимать обращенные к нему вопросы, поддерживать диалог. Отмечается характер мимики, жестов, ответов, их односложность или развернутость, особенности произносительной стороны речи, наличие эхолалий, быстрота, с которой даются ответы, различия в ответах на эмоционально значимые и индифферентные для испытуемого вопросы. Экспериментатор в протоколе нейропсихологического исследования отмечает полученные результаты в виде описания количественных и качественных характеристик.

При исследовании **автоматизированной речи** испытуемого просят перечислить числовой ряд (от 1 до 6, от 7 до 12, от 15 до 20), перечислить месяцы в году. При этом учитывается возможность плавного перечисления автоматизированных рядов, пропуски составляющих элементов, персеверации, парафазии. **Повествовательная (монологическая) речь** исследуется с помощью пересказа коротких рассказов вслух после прочтения их экспериментатором, а также составления предложений или короткого рассказа по любой сюжетной картине. При анализе повествовательной речи обращается внимание на тот факт, в какой мере в пересказе отражены ключевые элементы текста, сохранена нужная последовательность повествования, близость пересказа к тексту, понимание смысла рассказа. Отмечаются также возможность самостоятельного воспроизведения рассказа без наводящих вопросов, активность, развернутость, плавность или отрывистость речи, поиски слов, аграмматизм, преобладание в речи глаголов, вводных слов или существительных, характер парафазии, их изменчивость.

Исследование отраженной речи пациента просят повторить изолированные гласные звуки (а, о, у, и, е, ю), изолированные согласные звуки (эм, эр, рэ, с, д, к), слоги-триграммы (лив, кет, бун, шом, тал, гис), серий трех сложных гласных звуков (аоу, уао, оау, уоа, оуа, ауо), серий оппозиционых слогов (ба-па, па-ба, ка-ха, са-за), различение изолированных гласных звуков и их серий (а-у-у-а-у-а), дифференцирование близких по звучанию слогов, слов и звукосочетаний (да-та-да-да-та-та), повторение простых и сложных слов (дом, работа, водопровод, полководец, стратостат), повторение предложений и серий слов, не связанных по смыслу (дом-лес, луч-мак, сон-бег, ночь-план-лист), повторение серий слогов-триграмм (бун-лец, кет-лаш, зук-тиз, рел-зук-тиз), повторение серий слов, название реальных предметов, частей тела, изображений предметов, название действий (топор-рубить, ножницы-резать, пистолетгстрелять).

Значимым при оценке нарушений речи является исследование понимания испытуемым обращенной к нему речи и понимание словесных значений. Для этого пациента просят объяснить значение и смысла отдельных слов, простых команд (закрыть глаза, показать язык, поднять руку), флексивных отношений (ключ-ручкой, руч-ку-ключом» ручкой-ключ, ключом-ручку), понимание отношений между предметами, выраженными одним предлогом и наречием места (положите ручку под книгу, над книгой, справа от книги), двумя предлогами (положите тетрадь в книгу, но под ручку). Наряду с этим, оцениваются более сложные понятия: понимание конструкций родительного падежа (отец брата и брат отца, сын сестры и сестра сына), интравертированных конструкций (Я позавтракал после того, как прочитал газеты. Что я сделал раньше?), проб Хеда (Покажите указательным пальцем правой руки левое ухо). Оценка речи включает также фонематический анализ, в частности, такие методики как: определение количества букв в словах, первой и последней букв в слове, анализ слова по одной или двум фонемам (если произносится слово, котором есть звук «с» или «с» и «р» — испытуемый должен поднять руку).

Выделяются следующие нарушения речи:

Речевой напор, выражающийся патологическим речевым возбуждением, при котором бальной ощущает непрерывную потребность говорить и не может прекратить свои многословные высказывания.

Вычурная речь, проявляющаяся использованием пациентом необычных, малопонятных, часто не подходящих по смыслу слов, сопровождающихся манерной жестикуляцией и гримасничанием.

Зеркальная речь (эхолалия), признаками которой являются непроизвольно повторяемые испытуемым слова, услышанные от окружающих.

Монотонная речь представляет из себя расстройство речи, при котором отсутствуют (или крайне незначительны) изменения интонаций.

Обстоятельная речь представляет собой замедленную речь, в рамках которой больной излишне подробно излагает маловажные и несущественные детали.

Олигофазическая речь проявляется обеднением словарного запаса, грамматического строя и интонациям.

Парадоксальная речь выражается в преобладании противоречивых по смыслу высказываниях пациента.

Персевераторная речь представлена многократным повторением испытуемым одного и того же слова или оборота речи и невозможности подобрать необходимые слова и обороты для продолжения речи,

Пуэрильная речь у взрослого напоминает лепетание, картавость и интонационные особенности детской речи.

Рифмованная речь представляет собой речь, наполненную всевозможными рифмами, которые больной использует часто в ущерб смыслу.

Скандированная речь — Это расстройство речи, при котором больной говорить медленно, раздельно произнося слоги и слова.

На основании вышеперечисленных методик нейропсихологачес-кого исследования возможно выявление следующих синдромов нарушений высших корковых функций:

Эфферентная (вербальная) моторная афазия диагностируется в случаях дефекта речи, проявляющегося нарушениями плавности артикуляционной речи, грубой персеверацией, неспособностью проанализировать услышанные или произносимые слова, неудержанием рече-слухового ряда, отчуждением смысла слов. Часто эти нарушения сопровождаются потерей плавности речи с затруднениями в приступе к слову, напряжением, запинаниями, смазанностыо произношений. Локализация очага при эфферентной моторной афазии преимущественно в задне-нижних отделах премоторной области левого, доминантного по речи, полушария головного мозга («зона Брока»).

-49 -

Динамическая афазия проявляется скудной, свернутой, стереотипной речью без произносительных затруднений. Речевая инициатива оказывается резко сниженной в сочетании с тенденцией к использованию пациентом речевых штампов. Автоматизированная речь нарушается незначительно или чаше не нарушается. Также мало нарушенными оказываются номинативные функции речи, однако они отчетливо проявляется в диалогической и спонтанной речи в виде поиска нужного слова. Отраженная речь обычно остается сохранной, но может пострадать воспроизведение многосложных предложений. Понимание речи и сложных грамматических конструкций не страдает или нарушается незначительно. Выделяют (Л.И.Вассер-ман, С.А.Дорофеева и ЯА.Меерсон) 3 уровня речевых поражений: на 1 (уровне замысла) спонтанная речь может отсутствовать, диалогическая осуществляется только с опорой на вопрос; нарушения 2-го уровня отчетливо проявляются в монологической речи, составлении предложений к сюжетных картинкам, пересказе текста, составлении рассказа на заданную тему, невозможностью трактовки пословиц, идеоматических выражений, ошибки обусловлены дефектами синтаксиса, вербальными заменами и даже персеверацией (на 1 и 2 уровня динамической афазии грубо нарушается коммуникативная функция речи — больные не задают вопросов и не стремятся рассказывать о себе); 3-ий уровень характеризуется экспрессивным аграмматизмом: ошибками в согласовании слов в роде и падеже, глагольной слабостью и неправильным употреблением глагольных форм, отсутствием предлогов, обшей бедностью речевого высказывания. Динамическая афазия, как самостоятельная форма речевой патологии, возникает при очагах поражения мозга кпереди от «зоны Брока» (задние отделы извилины и медиальной поверхности левого полушария).

Афферентная (артикуляиионная) моторная афазия характеризуется кинестетической апраксией, приводящей к системному дефекту на артикуляционном, лексическом и

синтаксическом уровнях. Клинически это нередко проявляется отсутствием всех видов экспрессивной речи при относительно сохранном понимании обращенной речи и чтении про себя. Очаг поражения локализуется в левом полушарии (у праворуких) в нижних отделах заднецентральной области с большим или меньшим вовлечением передних отделов теменной доли.

Акустико-гностическая (сенсорно-акустическая) сенсорная афазия характеризуется нарушениями экспрессивной и импрессивной речи. Спонтанная и диалоговая речь в зависимости от степени выраженности нарушается до степени «словесной окрошки», представ-

ляющей собой набор нечленораздельных по звуковому составу слов, до относительно сохранной, но лексически обедненной речи. Нередко наблюдается логорея и склонность к речевой расторможенности. Экспрессивная речь без произносительных затруднений, интонационно выразительная и эмоциональная. Отмечаются изменения грамматической структуры речи, которая изобилует глагольными формами, вводными словами, наречиями при относительной малой представленности существительных. Грубо нарушена отраженная речь — отмечаются повторения отдельных звуков, слов и предложений. Понимание ситуативной речи тотально нарушается лишь при грубой степени афазии. В большинстве случаев сохраняется возможность понимания отдельных слов и простых команд. Очаг поражения локализуется преимущественно в задневерхних отделах 1-й височной извилины левого полушария («зона Вернике»).

Акустико-мнестическая (сенсорно-амнестическая) афазия проявляется нарушением номинации. Функция называния может нарушаться в большей или меньшей степени, причем отчетливой разницы в назывании предметов и действий нет. Трудности называния выражаются увеличением латентного периода припоминания, вербальными заменами, реже литеральными или отказом от ответов. Иногда называние заменяется описанием назначения предмета или ситуацией, в которой он встречается. Нередко конкретное название изображения предметов заменяется их обобщенным понятием. Наблюдаются затруднения в нахождении нужных слов или выражений. Произносительные нарушения речи не отмечаются. В классификации А.Р.Лурия выделены две формы афазии, связанные с поражением височно-теменной области левого полушария (у праворуких): амнестическая и семантическая. Если очаг поражения распространяется в каузальном направлении и захватывает теменно-затылочную область, то могут возникнуть специфические нарушения чтения и письма (оптическая алексия и аграфия).

Семантическая афазия в отличие от акустико-мнестической и амнестической афазии проявляется наличием избирательного грубого импрессивного, реже — экспрессивного аграмматизма, проявляющиеся в нарушении понимания и оперирования сложными грамматическими категориями. Больные плохо понимают предлоги и наречия места, отражающие пространственные взаимоотношения между объектами, сравнительные и переходные конструкции, временные отношения, конструкции родительного падежа. При этом сохраняется способность читать и писать. Преимущественная локализация очагов поражения — область надкраевой извилины теменной доли левого полушария.

Нейропсихологическое исследование нарушений письма

Выраженность и специфичность нарушения письма оценивается, как правило, на основании следующих методик: списывание коротких фраз, письмо букв, слогов, слов и фраз под диктовку, запись автоматизированных энграмм (речевых стереотипов, к примеру, собственных имени, отчества, фамилии, адреса).

Аграфия проявляется нарушением способности писать правильно по смыслу и форме при сохранности двигательной функции руки.

Нейропсихологическое исследование нарушений чтения

Нарушения чтения исследуются с помощью методик: чтения идеограмм, букв в наборе, выполненном разными шрифтами, «зашумленных» букв, простых предложений и коротких рассказов.

Алексия представляет собой расстройство, при котором нарушается способность читать, обусловленное нарушением понимания текста. Выделяют:

Вербальную алексию, связанную с нарушением понимания смысла фраз и отдельных слов и *литеральную алексию*, обусловленную нарушением узнавания отдельных букв, цифр и других знаков.

Нейропсихологическое исследование нарушений счета

Для оценки нарушений счета испытуемому предлагается: прочесть, назвать и написать предложенные числа, произвести автоматизированные счетные операции (проверка знаний таблицы умножения), сложение и вычитание однозначных и двузначных чисел, письменный счет, решение простых задач.

Акалькулия — это нарушение способности производить арифметические действия, встречается при поражении теменной и затылочной долей доминантного полушария головного мозга. Она может быть связана с нарушением зрительного восприятия и воспроизведения близких по графической структуре цифр (при поражении затылочной области коры больших полушарий головного мозга) — *оптическая акалькулия*.

Нейропсихологическое исследование нарушений праксиса

Исследованию подвергается способность испытуемого манипулировать предметами, совершать движения. При оценке *идеаторно-*

го и идеомоторного праксиса оценивается способность пациента манипулировать реальными предметами (причесаться, расстегнуть и застегнуть пуговицу, завязать шнурки), воображаемыми предметами (показать, как пилят дрова, чистят зубы, размешивают сахар в чашке), а также выполнять символические действия (прощаться, отдать воинское приветствие). *Конструктивный праксис* оценивается с помощью методики складывание из палочек по образцу, рисование по вербальному заданию, срисовывание объемных геометрических фигур. *Динамический праксис* изучается на основании таких проб как: проба «кулак-ладонь-ребро» (каждая последовательность должна воспроизводится испытуемым 3 раза), проба заданной последовательности движений пальцев по проприоцептивному показу (при закрытых глазах), проба заданной последовательности движений пальцев (постукивание по столу) по зрительному эталону. *Оральный праксис* оценивается на основании выполнения простых движений губ и языка, а также с помощью символического орального праксиса (показать, как задувают горящую свечу).

Выделяют несколько нарушений целенаправленных действий (праксиса):

Акинетическая (психомоторная) апраксия обусловлена недостатком побуждения к движениям.

Амнестическая апраксия проявляется нарушениями произвольных движений при сохранении подражательных.

Идеаторная апраксия характеризуется невозможностью наметить план последовательных действий, составляющих сложный двигательный акт при сохранении возможности их случайного выполнения.

Конструктивная апраксия выражается невозможностью составления целого предмета из его частей.

Пространственная апраксия проявляется нарушением ориентировки в пространстве, прежде всего в направлении «правое-левое».

Нейропсихологическое исследование нарушений восприятия шумов, ритмов и мелодий

Для исследования нарушения восприятия используются методики на: узнавание знакомых шумов (шелеста бумаги, звона ключей), идентификации различных ритмов, воспроизведения предъявляемых на слух ритмических последовательностей, узнавания общепопулярных мелодий.

Слуховая агнозия — нарушение музыкальных способностей, имевшихся у пациента в прошлом — разделяется на *моторную амузию*,

при которой в первую очередь нарушается возможность воспроизвести знакомые мелодии, и *сенсорную амузию,* характеризующуюся нарушением узнавания знакомых мелодий. Кроме этого, пациент при слуховой агнозии может не идентифицировать голоса животных и птиц, не различать разнообразные знакомые ему шумы.

Нейропсихологическое исследование нарушений схемы тела

Исследование проводят с помощью методики право-левой ориентировки, когда испытуемого просят показать собственную левую руку, правую руку экспериментатора, сидящего со скрещенными руками. Кроме того, исследования включают *оценку пальцевого гнозиса* на основании правильности демонстрации испытуемым пальцев по подражанию, по вербальной инструкции, называния пальцев, воспроизведения позы пальцев по зрительному образцу.

К *соматоагнозиям (нарушениям схемы тела)* относятся расстройства узнавания частей собственного тела, оценки их состояния и расположения по отношению друг к другу. Выделяют: *анозогнозию гемиплегии, слепоты, глухоты, афазии, боли.*

При *аутотопагнозии* происходит игнорирование половины тела или неузнаваниё его частей.

Нейропсихологическое исследование нарушений ориентировки в пространстве

Данный вид нарушений оценивается на основании ориентировки в реальном пространстве (узнавания своей палаты, места нахождения), пространственных отношений (предлагается нарисовать план совей комнаты с указанием расположения дверей, окон, мебели), частей света (по условной географической точке, поставленной экспериментатором на листе бумаги), узнавания времени на «слепом» циферблате, установка «стрелок» часов по вербальной инструкции.

Нейропсихологическое исследование стереогнозиса

Оценка производится с помощью методики узнавания реальных предметов с помощью осязания (при закрытых глазах).

При *тактильной агнозии (астереогнозисе)* утрачивается способность узнавать предъявляемые предметы на ощупь при отсутствии

отчетливых дефектов элементарных видов чувствительности (поверхностной и глубокой). Различают следующие расстройства:

Тактильная предметная агнозия, проявляющаяся нарушением узнавания на ощупь с закрытыми глазами величины и формы предмета и определении его функционального назначения.

Тактильная агнозия текстуры объекта характеризуется неспособностью определить путем ощупывания качество материала, характер поверхности предмета и его плотность.

Нейропсихологическое исследование нарушений зрительного гнозиса

При данной патологии используется оценка узнавания реальных предметов, изображений предметов, наложенных друг на друга изображений предметов, изображений предметов с «недостающими» признаками или на «зашумленных рисунках», а также идентификация и классификация цветов по оттенкам. *Лицевой гнозис* оценивается на основании узнавания испытуемым знакомых лиц, идентификации фотографий незнакомых лиц по заданному образцу или при краткровременном предъявлении.

Наиболее часто встречаются следующие виды нарушений зрительного узнавания:

Предметная агнозия, при которой затрудняется узнавание отдельных предметов и их изображений при сохранном периферическом зрении. При этом тактильное опознание предметов не нарушается. Данный вид нарушения можно выявить с помощью пробы Поппельрейтера, по пробам с «недостающими» и «зашумленными^ фигурами на рисунке.

Ирозопагнозия — агнозия на лица, при которой пациент не способен узнать знакомых ему людей, определить индивидуальную принадлежность человека по изображению, не различить мужчину и женщину, особенности мимики, иногда нарушается способность узнавания собственного лица в зеркале.

Цветовая агнозия характеризуется нарушением классифицировать цвета, подбирать одинаковые цвета и оттенки.

Симультантная агнозия проявляется нарушениями возможности узнать и понять содержание сюжетных картинок при правильном опознавание отдельных объектов и деталей картинки.

-55-

Оценка эффективности психокоррекционного и психотерапевтического воздействия

Одной из важных методологических проблем клинической психологии яаляется проблема оценки эффективности психокоррекционного и психотерапевтического воздействий. Для этих целей БД.Карвасарским была предложена клиническая шкала, в которую предлагалось включить 4 критерия: 1) степени симптоматического улучшения; 2) степени осознания психологических механизмов болезни; 3) степени изменения нарушенных отношений личности и 4) степени улучшения социального функционирования (таблица 4).

Таблица 4

Клиническая шкала оценки эффективности психотерапии (Б.Д.Кярвасарского)

I. Критерий степени симптоматического улучшения.

а) симптоматика проявляется очень часто или характеризуется выраженной интенсивностью.

б) симптоматика проявляется довольно часто или характеризуется значительной интенсивностью.

в) симптоматика проявляется редко или характеризуется слабой интенсивностью.

г) симптоматика отсутствует.

П. Критерий степени осознания психологических механизмов болезни.

а) отсутствие понимания роли психогенных факторов в возникновении заболевания.

б) осознание взаимосвязи между симптомами болезни и неспецифическим нервно-психическим напряжением.

в) осознание взаимосвязи между симптомами болезни и конфликтной ситуацией, возникшей в связи с особенностями личности больного.

г) достижение понимания специфического содержательного или адаптивного характера симптомов, полного осознания роли собственных личностно-эмоциональных проблем в возникновении типичных для больного конфликтных ситуаций и понимания их генеза.

Ш. Критерий степени изменения нарушенных отношений личности.

а) отсутствие изменений.

б) изменение отношения к. болезни и лечению.

в) изменение отношения больного лишь в сфере (сферах), относящихся *к* актуальной конфликтной ситуации, без глубокого изменения нарушенных отношений личности.

-56-

г) изменение отношений больного во всех значимых сферах личности со значительной их перестройкой.

IV. Критерий степени улучшения социального функционирования.

а) низкая степень удовлетворенности своим социальным функционированием.

б) умеренная степень удовлетворенности своим социальным функционированием.

в) значительная степень удовлетворенности своим социальным функционированием.

г) выраженная степень удовлетворенности своим социальным функционированием.

Наряду с клинической шкалой, для оценки эффективности пси-хокоррекционных и психотерапевтических воздействий в клинической психологии используются показатели

динамики психического состояния пациентов по данным различных психологических тестов. Чаше других в для этих целей используются MMPI, метод цветовых выборов Люшера.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

Вопрос 1. К методам исследования в клинической психологии относится все за исключением одного:

а) патопсихологическое исследование

б) клиническое интервьюирование

в) нейройсихологическое исследование

г) тестирование индивидуально-психологических особенностей

д) амитал-кофеиновое растормаживание

Вопрос 2. К принципам клинического интервьюирования относится все за исключением одного:

а) алгоритмизованность

б) доступность

в) беспристрастность

г) стереотипность д), проверяемость

Вопрос 3. Клиническое интервьюирование состоит из:

а) 1 этапа

б) 2 этапов

в) 3 этапов

г) 4 этапов

д) 5 этапов

Вопрос 4. Длительность первого интервью должна составлять:

а) 20 минут

б) 30 минут

в) 40 минут

г) 50 минут

д) 60 минут

Вопрос 5. Гарантия конфиденциальности предоставляется клиенту на:

а) I этапе интервью

б) 2 этапе интервью

в) 3 этапе интервью

г) 4 этапе интервью

д) 5 этапе интервью

Вопрос 6. Антиципационный тренинг проводится на:

а) 1 этапе интервью

б) 2 этапе интервью

в) 3 этапе интервью

г) 4 этапе интервью

д) 5 этапе интервью

Вопрос *1.* В понятие историко-культурной базы по ЖЛакану включается все за исключением одного:

а) пол

б) сексуальная ориентация

в) профессия

г) раса

д) вероисповедание

Вопрос 8. Метод пиктограмм используется для исследования:

а) памяти

б) внимания

в) интеллекта

г) эмоций

д) сознания

Вопрос 9. Методика Мюнстерберга используется для исследования:

а) памяти

б) внимания

в) эмоций

г) мышления

д) интеллекта

Вопрос 10. Совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, выраженных в психологических понятиях называют:

а) психопатологическим симптомом

б) психопатологическим синдромом

в) патопсихологическим синдромом

г) патопсихологическим симптомом

д) патопсихологическим феноменом

Вопрос 11. Эмоционально-волевые расстройства, нарушения структуры и иерархии мотивов, неадекватность самооценки и уровня притязаний, нарушение мышления в виде «относительного аффективного слабоумия», нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт входят в структуру:

а) шизофренического симптомокомплекса

б) невротического симптомокомплекса

в) психопатического симптомокомплекса

г) органического симптомокомплекса

д) олигофренического симптомокомплекса

Вопрос 12. Опора в мышлении на латентные признаки, выявленная при проведении методики «пиктограммы» указывает на наличие:

а) шизофренического симптомокомплекса

б) невротического симптомокомплекса

в) психопатического симптомокомплекса

г) органического симптомокомплекса

д) олигофренического симптомокомплекса

Вопрос 13. Тест Люшера используется для оценки:

а) степени мнестических нарушений

б) выраженности интеллектуального развития

в) мыслительных особенностей

г) ясности сознания

д) эмоциональных переживаний

Вопрос 14. Исследование, направленное на оценку состояния высших психических функций, особенностей функционирования асимметрии полушарий называется:

а) нейропсихологическим

б) патопсихологическим

в) психопатологическим

г) психиатрическим

д) психосоматическим

Вопрос 15. Способность узнавать предъявляемые предметы на ошупь называется:

а) тактильностью

б) стереогнозисом

в) эмпатией

г) рефлексией

д) агнозией

Вопрос 16. Миннесотский многопрофильный опросник личности позволяет выявить:

а) нейропсихологические симптомы

б) патопсихологические феномены

в) личностный профиль

г) свойства темперамента

д) интеллектуальные способности

Вопрос 17. Оценка аффективной ригидности по данным теста MMPI производится по:

а) 1 шкале

б) 3 шкале

в) 5 шкале

г) 6 шкале

д) 9 шкале

Вопрос 18. К методам исследования внимания относят все методики за исключением одной:

а) пиктограмма

б) тест Шульте

в) корректурная проба

г) тест Равена

д) методика Мюнстерберга

Вопрос 19. Оценка эффективности психологических способов воздействия на человека включает все из нижеперечисленных критериев за исключением одного:

а) критерий степени симптоматического улучшения

б) критерий степени осознания психологических механизмов болезни

в) критерий степени изменения нарушенных отношений личности

г) критерий степени улучшения партнерских (сексуальных) от-- ношений

д) критерий степени улучшения социального функционирования

Вопрос 20. Анализ визуального контакта в процессе клинического интервьюирования позволяет оценить:

а) уровень интеллекта . б) индивидуально-психологические особенности

в) состояние сознания

г) особенности волевой деятельности

д) нейропсихологические особенности

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

А.Айви, МАйви, Л. Саймек-Дайнинг. Консультирование и психотерапия, 1987.

В.М.Блейхер, Я.В.Крук, С.Н.Боков. Практическая патопсихология. Ростов-на-Дону, 1996, 448 с.

Л.И.Вассерман, С.А.Дорофеева, ЯА.Меерсон. Методы нейропсихоло-гической диагностики. Санкт-Петербург, 1997, 304 с.

М.М.Кабанов, В.М.Смирнов, А.Е.Личко. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983, 310 с.

ВД.Менделевич. Психиатрическая пропедевтика. М., 1997,496 с.

Л.Н.Собчик. Методы психологической диагностики. (3 выпуска)., М., 1980.

Н.Пезешкиан. Психотерапия повседневной жизни. М., 1995, 336 с.

Глава 2
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ

Принципы разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов

Одной из наиболее значимых теоретических и практических проблем современной клинической психологии является диагностическая. Суть ее заключается в выработке объективных и достоверных критериев диагностики психических состояний человека и квалификации их как *психологических феноменов* или *психопатологических симптомов.* Проблема носит как объективный, так и субъективный характер. Объективность выражается в нежелании психиатров допускать до диагностического процесса психологов по причине «склонности психологов к психологизации процесса диагностики, т.е. объяснения механизмов проявления и появления феноменов с сугубо психологической позиции и недоучета биологических составляющих болезни». При всей кажущейся объективности выдвинутого тезиса фактически он субъективен. Поскольку диагностический процесс — это процесс различения нормы и патологии, симптома и признака. Для объективизации этого процесса не обойтись лишь медицинскими

знаниями, нацеленными на патологию и не опирающимися на вариации нормы. Объективные же сложности диагностического процесса обусловлены, в первую очередь, методологическим аспектом.

В настоящее время выделяется несколько основополагающих принципов разграничения психологических феноменов и психопатологических феноменов, базирующихся на феноменологическом подходе к оценке нормы и патологии.

Принцип Курта Шнайдера гласит: «В связи с возможностью полного феноменологического сходства психической болезнью (психопатологическим симптомов) признается лишь то, что может быть таковой доказано». Обратим внимание на казалось бы экзотическое для клинической психологии и психиатрии слово «доказано». О каких доказательствах может идти речь? Существует лишь один способ доказательства (не менее объективный, чем в других науках). Это доказательства с помощью *законов логики* — науки о законах правильного мышления, или науки о законах, которым подчиняется правильное мышление.

«Подобно тому, как этика указывает законы, которым должна подчиняться наша жизнь, чтобы быть добродетельной, и грамматика указывает правила, которым должна подчиняться речь, чтобы быть правильной, так логика указывает нам правила, законы или нормы, которым должно подчиняться наше мышление для того, чтобы быть истинным», — писал известный русский логик Г.И. Челпанов. По мнению английского философа Д.Милля, польза логики главным образом отрицательная — ее задача заключается, в том, чтобы предостеречь от возможных ошибок.

Если диагност пытается доказать наличие у человека бреда (т.е. ложных умозаключений), он должен иметь неложные, но верные и обладать способом их доказательств. Рассмотрим это положение следующем примере. Мужчина убежден в том, что жена ему изменяет, и свое убеждение «доказывает» следующим умозаключением: «Я убежден, что жена мне изменяет, потому что я застал ее в постели с другим мужчиной». Можем ли мы признать подобное доказательство истинным, а такого человека психически здоровым? В подавляющем большинстве случаев обыватель и почти каждый клиницист признают, что он здоров. Представим, что тот же мужчина приводил бы иные «доказательства», к примеру такие: «Я убежден, что жена мне изменяет, потому что она в последнее время стала использовать излишне яркую косметику» или «... потому что она уже месяц отказывается от интимной близости» или «... потому что она вставила новые зубы» и т.д. Какое из «доказательств» можно признать истинным? На основании здравого смысла подавляющее большинство людей укажет, что все кроме последнего явно недоказательны. Но найдутся и те, которые с определенной долей вероятности могут согласиться, к примеру, со вторым «доказательством», признают менее вероятным (но все же вероятным) первое «доказательство».

Для того, чтобы разрешить эту типичную для диагностики задачу необходимо, наряду с *критерием доказанности* (достоверности), ввести еще один критерий из области логики — *критерий вероятности.* По определению вероятность, выражаемая единицей (1), есть достоверность. Для того, чтобы показать, каким образом определяется степень вероятности наступления какого-либо события, возьмем широко известный пример. Предположим, перед нами находится ящик с белыми и черными шарами, и мы опускаем руку, чтобы вынуть оттуда какой-нибудь шар. Спрашивается, какова степень вероятности того, что мы вынем белый шар. Для того, чтобы определить это, мы сосчитаем число шаров белых и черных. Предположим, что число белых равняется 3, а число черных — 1; тогда вероятность, что мы вынем белый шар, будет равняться 3/4, т.е. из 4 случаев мы имеем право рассчитывать на три благоприятных и один неблагоприятный. Вероятность, с какой вынется черный шар, будет выражаться 1/4, т.е. из четырех случаев можно рассчитывать только на один благоприятный. Если в ящике находится четыре белых шара, то вероятность, что будет вынут белый шар, будет выражаться числом 4/4=1.

Для анализа случая с идеями ревности, приведенного выше, необходимо знание и такого логического феномена как аналогия. *Аналогией* называется умозаключение, в котором от сходства двух вещей в известном числе свойств мы заключаем к сходству и других свойств (Г.И.Челпанов). Например, следующее умозаключение может быть названо умозаключением по аналогии: «Марс похож на Землю в части своих свойств — Марс обладает атмосферой с облаками и туманами, сходными с земными, Марс имеет моря, отличающиеся от суши зеленоватым цветом и полярные

страны, покрытые снегом — отсюда можно сделать заключение, что Марс похож на Землю и в других свойствах, например, что он подобно Земле обитаем».

Основываясь на законах логики, понятиях вероятности, достоверности и феномене умозаключения по аналогии, можно проанализировать диагностический случай с мужчиной, утверждающим, что жена ему неверна. Таким образом, для научного анализа существенным будет не нелепость «доказательства» (к примеру, «изменяет, потому что вставила новые зубы»), а распределение этим человеком спектра вероятности правильности его умозаключения о неверности жены на основании того или иного факта. Естественно, что объективно подсчитать вероятность того, что новые зубы указывают на то, что жена изменяет невозможно, однако в силу микросоциальных традиций, культуральных особенностей и других параметров, можно говорить о том, что это маловероятно. Если же обследуемый наделяет подобный факт качествами достоверности, то можно предполагать, что его мышление действует уже не по законам логики и на этом основании предположить наличие психопатологического синдрома — бреда.

-64-

То же самое можно предположить, если в качестве доказательства собственной правоты он приводил бы чей-либо конкретный пример. Поскольку известно, что заключение по аналогии не может дать ничего, кроме вероятности. При этом степень вероятности умозаключения по аналогии зависит от трех обстоятельств: 1) количества усматриваемых сходств; 2) количества известных несходств между ними и 3) объема знания о сравниваемых вещах.

Доказательство наличия психического расстройства согласно принципу Курта Шнайдера базируется на «двух логиках»: оценке логики поведения и объяснения этого поведения испытуемым и логике доказательства. В доказательстве обычно различают тезис, аргумент и форму доказательства. В области клинической психиатрии это выглядит так: тезис — обследуемый психически болен, аргумент (аргументы) — к примеру, «его мышление алогично, имеется бред», форма доказательства — доказывается, почему его мышление диагност считает алогичным, на основании каких критериев высказывания мы можем расценивать как бредовые и т.д.

Еще одним принципом, которому следует научная диагностическая доктрина, является **принцип «презумпции психической нормальности».** Суть его заключается в том, что никто не может быть признанным психически больным до того, как поставлен диагноз заболевания или никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического заболевания. В соответствии с этим принципом человек изначально для всех является психически здоровым, пока не доказано противное, и никто не вправе требовать от него подтверждения этого очевидного факта.

Основным принципами Диагностики, претендующей на научность своих взглядов, на сегодняшний день можно считать феноменологические **принципы.** В сфере диагностики психических расстройств феноменологический переворот совершил в начале XX века известный немецкий психиатр и психолог Карл Ясперс. Базируясь на философской концепции феноменологической философии и психологии Гуссерля, он предложил принципиально новый подход к анализу психиатрических симптомов и синдромов.

В основе феноменологической подхода в психиатрии и клинической психологии лежит понятие **«феномена».** *Феноменом* можно обозначать любое индивидуальное целостное психическое переживание. Субъект-объектное противостояние, по мнению А.А. Ткаченко, К.Ясперс считал первичным и «никогда не устранимым» феноменом, в связи с чем он противопоставлял сознание окружающего, предметное сознание сознанию своего Я, самосознанию. В соответствии с таким подразделением становилось возможным описывать сначала саму по себе анормальную реальность, а затем переходить к формам изменения самосознания. Неразделенность этих составляющих в переживании была обозначена К.Ясперсом как совокупность отношений, расчленение которой оправдано только необходимостью соответствующих описаний. Эта совокупность отношений основывается на характере переживания пространства и времени, своего телесного осознания, сознания реальности. Для К.Ясперса феноменология являлась эмпирическим актом, образующимся благодаря сообщениям больных. Именно поэтому он так высоко ценил подробные истории болезни — их расширение, особенно в сравнении с временами Пинеля, когда история болезни могла занимать объем не более страницы, что позволяло бы глубже проникнуть во внутренний мир больного. Это стало

закономерным следствием предпочтения индивидуальному методу с его выделением общего за счет индивидуального и специфического метода феноменологического, сохраняющего в своих понятиях структуру реального многообразия признаков (Ю.С.Савенко), В основных чертах этот метод явился следованием дескриптивному методу Гуссерля. Было очевидно, что подобный психологический метод явно отличается от естественнонаучных описаний, поскольку предмет в данном случае не предстоит сам по себе перед нашим взором чувственна, опыт является лишь представлением. В предлагаемом К. Ясперсом методе описание требовало, кроме систематических категорий, удачных формулировок и контрастирующих сравнений, выявление родства феноменов, их порядка следования или их появления на непроходимых расстояниях, и имело своей задачей наглядно представлять психические состояния, переживаемые больными, рассматривать их родственные соотношения, как можно более строго ограничивать их, различать и определять их во времени. Поскольку мы никогда не в состоянии непосредственно воспринимать чужое психическое таким же образом, как и физическое, речь могла идти, по мнению К.Ясперса, лишь о представлении, вчувствовании, понимании, достижимых посредством перечисления ряда внешних признаков психического состояния и условий, при которых оно возникает, чувственного наглядного сравнения и символизации, посредством разновидности суггестивного изображения. Именно поэтому К.Ясперс отводил такую роль самоописаниям больных, а также развернутым история болезни, где необходимо давать отчет о каждом психическом феномене, о каждом переживании, не ограничиваясь общим впечатлением и отдельными, специально выбранными деталями.

Феноменологический подход в диагностике, в отличие от ортодоксального и некоторых иных (к примеру, психоаналитического), использует *принципы понимающей, а не объясняющей психологии.* Переживание человека рассматривается многомерно, а не толкуется (как это принято в ортодоксальной психиатрии) однозначно. За одним и тем же переживанием может скрываться как психологически понятный феномен-признак, так и психопатологический симптом. Для феноменологически ориентированного диагноста не существует однозначно патологических психических переживаний. Каждое из них может относиться как к нормальным, так и к аномальным. Если в рамках ортодоксальной психиатрии вопрос нормы-патологии трактуется произвольно на базе соотнесения собственного понимания истоков поведения человека с нормами общества, в котором тот проживает, то в при использовании феноменологического подхода существенное значение для диагностики имеет субъективные переживания и их трактовки самим человеком (то, что представители первого направления обозначили бы «психологи-заторством»). Диагност же следит лишь за логичностью этих объяснений, а не трактует их самостоятельно в зависимости от собственных пристрастий, симпатий или антипатий и даже идеологических приоритетов.

Использование феноменологического метода в диагностическом процессе, по Ю.С.Савенко, должно включать восемь, применяемых последовательно и описанных ниже, принципов:

1. Рассмотрение самого себя как тонкого инструмента, органа постижения истины и длительное пестование для этой цели. Убеждение в необходимости для этого чистой души.

2. Особая установка сознания и всего существа: благоговейное отношение к Истине и Природе, трепетное — к предмету постижения: понять его в его самоданности, каков он есть.

3. Боязнь не то, что навязать, даже привнести что-то инородное от себя, замутить предмет изображения, исказить его. Отсюда задача: не доказать свое, не вытянуть, не навязать, не выстроить, а — забыв себя, отрешившись от всех пристрастий — войти в предмет изображения, раствориться в нем и уподобиться ему, и, таким образом, не построить.а обнаружить, т.е. адекватно понять, постичь. Этому служит процедура феноменологической редукции или «эпохе» (греч. воздержание от суждения), представляющая последовательное, слой за слоем, «заключение в скобки», т.е. «очищение» от всех теорий и гипотез, от всех пристрастий и предубеждений, от всех данных науки, «сколь бы очевидными они ни были». Временная «приостановка веры в существование» всех этих содержаний, отключение от них высвобождает феномены из контекста нашей онаученной картины мира, а затем и повседневного образа жизни, «сохраняя при этом их содержание в возможно большей полноте и чистоте». Эта процедура включается по мере необходимости на любой ступени феноменологического исследования. На начальном этапе она возвращает нас в «жизненный мир», т.е. к универсальному горизонту, охватывающему мир

повседневного опыта, освобожденному от всевозможных научных и квазинаучных представлений, заслонивших первозданную природу вещей.

4. «Феноменология начинается в молчании», внутренней тишине, забвении всего не относящегося к данному акту постижения, отключении от круговерти собственных забот. Любая собственная активность — помеха. Вплоть до ведения самой беседы в лучшем случае первой встречи с психически больным. Нередко продуктивнее «смотреть и слушать со стороны» беседу коллеги с больным.

5. Полное сосредоточение внимания на предмете, точнее на его «горизонте», т.е. не только моменте непосредственного восприятия, но всех «до» и «после», всех скрытых, потенциальных, ожидаемых сторонах предмета, т.е. на предмете, взятом во всем его смысловом поле.

6. Далее следует процедура «свободной вариации в воображении», в которой совершается совершенно произвольная модификация предмета рассмотрения в различных аспектах посредством мысленного помещения его в разнообразные положения, ситуации, лишения или добавления различных характеристик, установления необычных связей, взаимодействия с другими предметами и т.д. Задача — уловить в этой игре возможностей инвариантность варьируемых признаков. Этим достигается усмотрение сущности в виде конституирования феномена в сознании в ходе постепенной «кристаллизации» его формы. Это и есть «категориальное созерцание» (в отличие от чувственного или «эйдетическая интуиция»).

7. И, наконец, описание, по словам Гуссерля, «лишь тот, кто испытал подлинное изумление и беспомощность перед лицом феноменов, пытаясь найти слова для их описания, знает, что действительно значит феноменологическое видение. Поспешное описание до надежного усмотрения описываемого предмета можно назвать одной из главных опасностей феноменологии». В связи частой уникальностью описываемого используется описание через отрицание, описание через сравнение (метафоры, аналогии), описание через цитирование и передачу целостных картин поведения. Необходимо взыскательное, отношение к лексическому выбору и терминологии, внимание к оттенкам не только смыслового поля, но и этимологических истоков, к звуковому и зрительному гештальту слов.

8. Истолкование скрытых смыслов, герменевтика — позднейшее дополнение феноменологического метода — фактически представляет самостоятельный метод следующей ступени, выходящий за пределы феноменологии в собственном смысле слова.

Для приближения теории феноменологической психологии к повседневной практике выделим и прокомментируем четыре основных ее принципа.

Принцип понимания, как уже упоминалось выше, используется как противопоставление принципу объяснения, широко представленному в ортодоксальной психиатрии и основанному на критерии понятности или непонятности для нас (сторонних наблюдателей) поведения человека, его способности поступать правильно и исключать нелепые высказывания и действия. В рамках феноменологического подхода критерий понятности переходит в русло понимания и согласия диагноста с логичной трактовкой собственных переживаний и реакций на них. Продолжим начатый выше анализ случая с идеями ревности. Если для ортодоксального психиатра базой для диагностики бреда ревности будет выступать «нелепый характер высказываний и умозаключений больного» («жена изменяет, потому что вставила новые зубы»), то для феноменологически ориентированного диагноста существенным, наряду с другими параметрами, будет анализ понимания человеком сути измены («что вкладывать в понятие измены»). Ведь под этим термином может скрываться целый спектр толкований: измена — это интимная близость, это — флирт, это — нахождение с другим человеком наедине, это — поцелуй, это — любовное чувство и т.д. Следовательно без оценки субъективного смысла «измены» невозможно говорить о генезе «ложной» убежденности, характерной для бреда. Без понимания субъективности переживания человека нельзя сделать вывод об их обоснованности и логичности.

Обратимся к убедительным размышлениям по конкретному случаю одного из основоположников феноменологического подхода Людвига Бинсвангера. Он писал: «Если вы спросите больного, слышит ли он голоса, а он вам заявит, на это, что голосов он не слышит, но «по ночам открыты залы обращений», которые он «охотно бы позволил», то вы можете обратить внимание на точный текст этого предложения и высказать свое суждение об этом, т.е. что речь

идет о причудливой или странной манере говорить, и вы можете даже положить это суждение в основу вывода о том, что больной страдает шизофренией». Это, по мнению Л.Бинсвангера, не отражает феноменологического подхода. Ведь «всякое феноменологическое рассмотрение психопатологического явления вместо того, чтобы заниматься разделением психопатологических функций по видам и родам, прежде всего должно быть направлено на существо личности больного, которое представляется нам в его мировоззрении. Конечно, мы может представить себе весьма наглядно также и отдельные феномены, как, например, переживание «зала обращений» — сначала чувственно-конкретно, затем также более или менее категориально-абстрактным образом, но личность, которая имеет это переживание, всегда сопридана как конкретному феномену, так и абстрактному содержанию существа его, и «между» феноменом и личностью можно наблюдать точно фиксируемые всеобщие сущностные взаимосвязи».

Принцип понимания позволяет нам отделить психологические феномены от психопатологических симптомов, а в некоторых случаях и постараться их противопоставить чисто лингвистически. Один и тот же феномен после акта понимания, вчувствования может быть нами назван либо аутизмом, либо интраверсией, резонерством или демагогией, амбивалентностью или нерешительностью и т.д.

Следующим феноменологическим принципом является принцип «эпохе», или **принцип** воздержания от суждения. В диагностическом плане его можно было бы модифицировать в *принцип воздержания от преждевременного суждения.* Его суть заключается в том, что в период феноменологического исследования необходимо отвлечься, абстрагироваться от симптоматического мышления, не пытаться укладывать наблюдаемые феномены в рамки нозологии, а пытаться лишь вчувствоваться. Следует указать, что вчувствование не означает полного принятия переживаний человека и исключение анализа его состояния. В своем крайнем выражении вчувствование может обернуться субъективностью и также, как в ортодоксальной психиатрии привести к неправильным выводам. Примером подобной крайности может служить высказывание Рюмке о «чувстве шизофрении», на основании которого рекомендуется постановка этого диагноза.

Два следующих принципа феноменологического подхода к диагностике могут быть обозначены как **принцип беспристрастности и точности описания,** а также **принцип контекстуальности.** *Принцип беспристрастности* и точности описания клинического феномена заключается в требовании исключить любые личностные (присущие диагносту) субъективные отношения, направленные на высказывания обследуемого, избежать субъективной их переработки на основании собственного жизненного опыта, морально-нравственных установок и прочих оценочных категорий. *Точность описания* требует тщательности в подборе слов и терминов для описания состояния наблюдаемого человека. Особенно важным в описании становится *контекстуалъность* наблюдаемого феномена, т.е. его описание в контексте времени и пространства — создание своеобразных «фигуры и фона». *Принцип контекстуалъности* подразумевает, что феномен не существует изолированно, а является частью общего восприятия и понимания человеком окружающего мира и самого себя. В этом отношении контекстуальность позволяет определить место и меру осознания проводимого человеком феномена. Психиатрические истории болезни изобилуют выражениями типа: «у больного печальное, скорбное выражение лица», «пациент ведет себя неадекватно, груб с медицинским персоналом, гневлив», «больной переоценивает свои способности». Они приводятся врачом зачастую в качестве «доказательства» наличия психопатологической симптоматики, дезадаптивных, болезненных проявлений. Однако, эти обоснования теряют вес в связи с тем, что приводятся изолированно вне контекста ситуации, вызвавшей психические феномены. Печальное, скорбное выражение лица в палате психиатрической лечебницы — имеет особый оттенок и может быть расценено как нормальная реакция человека на госпитализацию, а печальное, скорбное выражение лица при встрече после разлуки с любимым человеком несет иную смысловую нагрузку. Грубость человека при любезном с ним обращении по крайней мере неадекватно, а грубость пациента, насильственно помещаемого санитарами в психиатрический стационар может быть вполне адекватной. Анализ переоценки испытуемым собственных способностей нуждается в экспериментальном м документальном подтверждении, в противном случае возникает законный вопрос: «А судьи кто?» Нередки в традиционных историях болезни и преувеличения, которые могут приводить к недоразумениям при их интерпретации. К примеру, высказывание: «Больной Ч. постоянно где бы ни находился теребил свои половые органы» вызывает сомнение в истинности и

точности наблюдения. Налицо неудачный художественно-литературный прием, который может привести к неправильному диагностическому анализу психического состояния пациента. В этом отношении показательным является пример, приводившийся психиатром Рюмке, с таким психологическим феноменом как плач. Охарактеризовать и описать его как будто бы не сложно, но без реального контекста описание теряет смысл. Можно описать плач как раздражение слезных желез, как признак слабости («ты слишком большой, чтобы плакать»), как реакцию на несчастье или на счастливое событие («слезы радости»). И каждый раз эффект-понимание может оказаться разным. В феноменологии должен существовать не плач сам по себе, а «плач, потому что...».

Показателен пример с традиционным для психиатрии доказательством отсутствия астенического синдрома. Как правило, психиатр-диагност противопоставляет «ипохондрическим» жалобам пациента на быструю утомляемость такое обоснование, как «астении нет, поскольку тот два часа беседовал, врач уже утомился, а он свеж и бодр и мог бы проговорить еще столько же времени». С точки зрения феноменологической подхода упускается из виду масса параметров, которые могли бы быть существенными для иного понимания этого феномена. Например, больной мог быть заинтересован в разговоре, слушателе, т.е. астеническая утомляемость блокировалась подкрепленной положительными эмоциями мотивацией. Существенна также историческо-культуральная контекетуальность. Диагностическая оценка убежденности в факте энергетического вампиризма, экстрасенсорного воздействия невозможна без культурологического контекста. Вне его она теряет смысл.

Диагностические принципы-альтернативы

Вследствие естественных трудностей, стоящих на пути диагностического процесса разработан набор принципов-альтернатив. В его основании заложены принципы феноменологического подхода в психологии и психиатрии — *каждое целостное индивидуальное психическое переживание человека (феномен) должно рассматриваться как многозначное, позволяющее понимать и объяснять его как в категориях психопатологических, так и психологических.* Практически не существует психических переживаний человека, которые могут быть однозначно и априорно причислены к рангу симптомов, также как и признанными абсолютно адекватными.

Можно выделить несколько подобных принципов-альтернатив: *болезнь-личность, нозос-патос, реакция-состояние-развитие, психотическое-непсихотическое, экзогенное-эндогенное-психогенное, де-фект-выздоровление-хронификация, адаптация-дезадаптация, негативное-позитивное, компенсация-декомпенсация, фаза-приступ-эпизод, ремиссия-рецидив-интермиссия, тотальностъ-парциалъностъ, типичностъ-атипичность, патогенное-патопластическое, симуляция-диссимуляция-аггравация.*

Перечисленные принципы-альтернативы способствуют обоснованию многомерного подхода к оценке психического состояния человека взамен примитивной одномерной оценке в координатах больной-здоровый (нормальный-ненормальный). К примеру, пациент, перенесший приступ шизофрении, в одномерной системе координат должен быть признан либо больным либо здоровым. Но на практике сам вопрос не может быть поставлен столь однозначно. В многомерной системе координат оценка состояния пациента, перенесшего шизофренический приступ, будет складываться из иных категорий. Состояние «отсутствия активных симптомов шизофрении» может быть обозначено как одна из альтернативных характеристик «дефект-выздоровление-хронификация», «ремиссия-рецидив-интермиссия», «адаптация-дезадаптация», «компенсация-декомпенсация» и «позитивное-негативное».

Можно ли назвать дефект здоровьем, или его вернее отнести к болезненным проявлениям? Для диагноста так вопрос не формулируется, поскольку он не может иметь однозначного ответа. Дефект и есть дефект. Также как и впрочем иные вышеперечисленные параметры, например, негативная симптоматика.

Далее будут приведены наиболее известные диагностические принципы-альтернативы и проанализированы клинические параметры, позволяющие производить выбор одного из альтернативных критериев оценки психической деятельности.

Болезнь-личность

Принцип «болезнь-личность» является основополагающим в диагностическом феноменологически ориентированном процессе. Он предопределяет подход к любому психологическому феномену с двух альтернативных сторон: либо наблюдаемый феномен является психопатологическим симптомом (признаком психической болезни), либо он является признаком личностных особенностей, например, мировоззрения человека, традиционного для его этноса, культурной или религиозной группы стереотипа поведения.

Особенно ярко альтернатива «болезнь-личность» может быть продемонстрирована на примере такого феномена как убежденность в чем-либо, которую можно представить в виде альтернативы бред-мировоззрение, бред-суеверие. Как известно, бред — это ложное умозаключение не поддающееся коррекции и возникающее на болезненной основе. Однако, столь распространенное определение бреда наталкивается на серьезные сложности при проведении дифференциации между бредом и иными идеями, суждениями, умозаключениями, не поддающимися коррекции. Например, религиозная идея в представлении атеиста может быть признана ложной и не поддающейся коррекции, т.е. атеисту не разубедить верующего. Следует ли из этого факта, что вера — это бред? Критерий болезненной основы в данном случае ничего не дает для дифференциации, поскольку непонятно как определить болезненную основу, если еще не произведен диагностический поиск, не выяснено имеются ли симптомы болезни. С другой стороны, близким по значению к вышеприведенному определению следует признать дефиницию мировоззрения. *Мировоззрение* — система принципов, взглядов, ценностей, идеалов и убеждений, определяющих направление деятельности и отношение к деятельности отдельного человека, социальной группы или общества в целом. Где же граница между религиозным убеждением как мировоззренческой системой и бредовыми идеями?

Современная психиатрия, пытаясь обойти подобный риф на пути диагностики, ввела новое определение бреда. *Бред* — это ложная, непоколебимая уверенность в чем-либо, несмотря на несомненные и очевидные доказательства и свидетельства противного, если эта уверенность не присуща другим членам данной культуры или субкультуры. Наиболее существенным в данном определении является не традиционная оценка бреда как ложного умозаключения, а указание на значимость этнокультурального анализа. Следовательно, болезненной подобная уверенность будет оценивать только в случае неопровержимых доказательств обратного (что практически сделать невозможно — какие факты, к примеру, необходимы для убеждения человека с идеями ревности? Свидетельства очевидцев? Чистосердечное признание? Но ведь само понятие «измена» многозначно), либо тогда, когда для микросоциальной среды, выходцем из которой является обследуемый, подобное убеждение чуждо.

Особенно сложным является дифференциация в рамках альтернативы *«бред-суеверие».* Основным опорным пунктом в данном случае также должен стать этнокультуральный подход. Если конкретное суеверие типично для данного микросоциума, то убежденность не может явиться основой для диагностики психопатологического симптома. Необходимо будет искать иные психические феномены и доказывать их психопатологический характер. Т.е. для того, чтобы с высокой вероятностью отнести убежденность в чем-либо к бредовым идеям необходимо оценить ее (убежденность) как уникальное и субъективное явление, не находящее аналогов в субкультуре анализируемого человека. К примеру, убежденность человека в том, что его плохое самочувствие связано с «наведением порчи» чаще трактуется в нашей культуральной среде на настоящем историческом этапе как суеверие, а не как симптом, поскольку убеждение в возможность «наводить порчу, сглаз» является достаточно типичной мировоззренческой установкой. В то же время убежденность человека в том, что сходное плохое самочувствие и даже болезнь обусловлены тем, что на улице мимо него проехали три машины красного цвета невозможно обосновать традиционными верованиями и вследствие этого высоко вероятной является оценка их с психопатологических позиций.

Несколько десятилетий назад убежденность человека в том, что он находится под воздействием «энергетических вампиров» была бы истолкована психиатрами как бредовая, сегодня — она чаще всего трактуется как мировоззренческая установка. К явлениям того же ряда можно отнести идеи контактов с иноземными цивилизациями, зомбирование и пр. Сложным

остается и дифференциация символизма как способа творческого мышления и символизма как симптома.

В качестве яркого примера принципа-альтернативы «болезнь-личность» может быть представлено следующее наблюдение, в котором рассматривается феномен восприятия зрительного изображения:

> Больная Г., 70 лет, пенсионерка. В психиатрический стационар поступает впервые в жизни с жалобами на мучающие ее видения «необычных зверей», человеческих голов, страх. В стационар поступает по собственному желанию с целью избавления от надоевших «видений». Психически больной себя не считает.
>
> *Из анамнеза.* Родилась в Киевской области, родители работали в совхозе — отец бухгалтером, мать — рабочей. В семье было пятеро детей, младший брат умер вскоре после рождения, Г. — младшая из четырех сестер. Сестры в настоящее время проживают на Украине. В детстве переболела коклюшем, пневмонией. Окончила 7 классов, училась хорошо, но была вынуждена бросить учебу из-за тяжелой болезни матери (травма позвоночника). Была учеником счетовода, потом работала счетоводом в совхозе. Родители умерли до войны, сначала мать, затем от рака поджелудочной железы отец. Во время войны была призвана в армию. В 1944 году после ухода войск на Запад служила в Киевской области связисткой. После войны уехала в г.Черновцы к сестре, работала в сберкассе. В Казань приехалав 1946 г. В 1947 г., в возрасте 26 лет, вышла замуж. Муж был старше ее на 9 лет. О своих отношениях с мужем говорит: «всякое было», «когда замуж выходила любила, наверное», потом муж стал пить, я часто болела, бывало и спорили. Родилась дочь, которая умерла в 6-месячном возрасте от диспепсии. «Я переживала, конечно плакала, но что же делать, мертвого не поднимешь, куда деваться, надо жить». Хотела еще иметь детей, но после родов было приращение плаценты, эндометрит, затем бесплодие. Рассказывает, что муж очень любил детей, часто приводил соседских ребятишек домой, играл, катал на машине. Она к этому относилась спокойно, в играх не участвовала. Никогда не думала о том, чтобы усыновить ребенка, не позволило здоровье и отношения в семье. Хозяйство всегда вела сама, когда начала болеть

> (бронхиальная астма), не могла ухаживать за мужем, трудно было делать все самой, муж пил. Предлагала ему жениться или привести к себе в комнату женщину, чтобы было кому за ним ухаживать, на что муж однозначно ответил, что много лет они прожили вместе, и сейчас он так непорядочно поступить не может. Семейной

жизнью была удовлетворена не вполне. После смерти мужа осталась одна, много болела. Никогда не думала о том, чтобы создать новую семью («не позволяло здоровье»). В Казани 20 лет работала на швейной фабрике. Говорит, что часто с подругами ходила в кино, театр, ездила в лес. Под окном дома был участок 5 соток, работала на нем, выращивала помидоры, огурцы. Сейчас участок отдала, т.к. не справляется, оставила немного земли, сажает там цветы. Говорит, что раньше была веселой, много смеялась. Были подруги — дружила с женщинами во дворе, отношения были хорошие, но откровенничать не любила, — «в жизни всякое бывает», а «жаловаться не люблю; еще осудят», «надеялась только на себя», «хорошего в жизни не было, а о плохом, что говорить». На работе отношения с сотрудниками были нормальными, близких подруг там не заводила, особенно когда работала в сберкассе — работа связана с деньгами, поэтому никому не доверяла. Хорошо делала свое дело, замечаний никогда не было. Говорит, что колебания настроения появились давно. В последние годы настроение часто было плохим, особенно после смерти мужа. Когда осталась совсем одна, много болела. «Больная куда пойдешь? Только мешать людям». «Все с мужьями, дети есть, а я кругом одна». Есть несколько подруг, иногда ходит к ним в гости. Общается с соседями во дворе. Хозяйство ведет сама, помогают соседи (принести воды, в магазин сходить, сделать укол, вызвать скорую помощь). Приходит медсестра по социальной помощи. \

В бога верила всю жизнь, «не знаю, передалось ли это от родителей, это всегда со мной. Людям не показывала — в душе помолишься». В церковь не ходила — «раньше церкви были разрушены, сейчас тяжело физически». Дома икон не было, «недавно купила одну новую, старых нет». Говорит, что верила в «воздействие Кашпировского, Чумака». За сеансами следили всем двором. Вначале верили, но когда никому из близких не помогло, вера прошла. Статью об экстрасенсе Дубицком читали все вместе, но соседи отнеслись к ней с недоверием, или «боялись вызвать призрак» — «Он колдун, дьявол». Говорили: «Ты что, с ума сошла», «но угораздило меня попробовать». Жалеет, что не смогла получить образование, говорит, что очень хотела учиться, работать «повыше», кем, где, значения но имело. Имеет инвалидность (II гр. по поводу бронхиальной астмы). Отмечалась травма позвоночника, в связи с этим была установлена инвалидность 1 гр., частые приступы гипертонической болезни (АД до 240/170 мм рт.ст.), сопровождающиеся сильной тошнотой,

рвотой, головной болью, увеличение щитовидной железы II степени, страдает также холецис-

топанкреатитом, сахарным диабетом, компенсированной формой. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена.

Психические расстройства возникли за 4 месяца до обращения к психиатрам и госпитализации в психиатрическую больницу. После прочтения заметки в газете «Труд» — «Призрак спешит на зов» — резко изменилось психическое состояние Г. В публикации рассказывалось об экстрасенсе Евгении Дубицком, чей энергетический двойник «по воле реципиента можно вызывать на дом для лечения». Экстрасенсом описывалась методика подобного вызова: «А вызвать энергетический фантом можно так — мысленно произнести слова: «Евгений, придите, пожалуйста, ко мне». Представить, что я пришел, и поздороваться. Потом попросить помочь. Все это мысленно. Больной, к которому меня вызывают, должен лечь или поудобнее устроиться в кресле и расслабиться. В комнате никого постороннего быть не должно. Через полчаса так же мысленно надо попрощаться, сказать: «Большое спасибо, до свидания», «В публикации экстрасенс обещал излечить любую болезнь. Пациентка Г. выполнила инструкцию, решив избавиться от соматических недугов. Об этом эпизоде рассказала так: «В первый раз ко мне явился врач в белом халате, при этом комната расширилась, двери переместились. Лица он не показал, стоял только спиной или боком, разговаривая с кем-то о том, что помочь этой больной он не сможет». Слов она не слышала, но поняла, что разговор идет о ней. После этого по стенам, по потолку стал «бегать глаз». Считает, что это был глаз Дубицкого, она мысленно с ним разговаривала, ощущала на себе его воздействие: «Как будто рентгеновский луч, или очень яркий солнечный зайчик». При этом появилась боль и тяжесть в глазах. Все события происходили в вечернее и ночное время. В это время Г. лежала на кровати с закрытыми глазами, однако образы «видела в комнате». Через 2 недели после этого случая больная стала видеть, как на стенах и потолке комнаты «появляются и двигаются портреты людей, которые к вечеру превращаются в страшных, фантастических зверей, при этом вытягиваются носы, вырастает шерсть». «Звери кружатся по комнате, залезают к ней под одеяло, ложатся в постель, постоянно изменяются, принимают разные обличия. Каждый вечер больная мучительно не могла заснуть под влиянием этих видений. Говорит, что они очень реальны, окружают ее везде: «Был бы фотоаппарат, обязательно бы их

сфотографировала». Видела их только при закрытых глазах. Интенсивность видений увеличивается к вечеру. Сам Дубицкий, по ее мнению, принимает разные обличия: один раз он явился к ней в йиде «огромного трехметрового зверя» (полумедведя — полудракона) лег рядом на кровати, «стал задыхаться». Больная, забившись в угол кровати, долго смотрела, как он «испускает дух», и не выдержав, в 2 часа ночи, убежала к соседке ночевать, но двойник и звери преследовали ее и там. Больная отмечает, что первые 3-4 раза она «вызывала» Дубицкого по своему желанию, в дальнейшем он стал

являться к ней самостоятельно. Она ложилась на кровать, закрывала глаза, мысленно произносила формулу вызова «Евгений, придите, пожалуйста, ко мне». На 3-м сеансе больная «увидела красивого молодого мужчину», завернутого во все черное, который сел перед ее кроватью и стал смотреть «пронзительным взглядом». Говорит, что в процессе развития болезни сначала к ней являлся двойник Дубицко-го, затем стала видеть его глаз, который плавал по потолку и воздействовал на нее лучами. Затем глаз изменился, «я поняла, что это не его глаз, другой, что Дубицкий, обидевшись на нее за холодный прием его двойника, (т.к. она не поздоровалась), стал посылать ужасных зверей». Сейчас больная думает, что Дубицкий, возможно умер, т.к. «уже давно перестала видеть глаз, через который он воздействовал на нее, однажды видела его двойника в виде чудовища, которое у нее на кровати задыхалось и умирало, и все звери, которых он насылал, тоже стали умирать», «плавали, как мертвые». Видела яркое зарево в углу комнаты, глаза очень слепило, пыталась закрыться рукой, «но яркий свет Проникал и через руку». В последние, недели (до поступления в стационар) под влиянием «видений» больная спала по 3-4 часа в сутки, ждала, пока совсем измученная, не уснет. Ела достаточно, но готовить боялась («руки как будто отрубают», «нет желания ничего делать»). Часто чувствовала неприятный запах, даже закрывала пол, чтобы не ощущать его. Голосов, комментариев не слышала, все происходило беззвучно вокруг больной. Обратилась к психиатру, «т.к. нет возможности все это больше терпеть», хочет вылечиться, избавиться от «видений». За день до поступления после беседы с врачом, который под ее давлением обещал связаться с Дубицким, решила, что в 20 час. 30 мин. будет сеанс общения с экстрасенсом, который «узнав от врача о ее новой болезни, попытается избавить ее от видений». В этот вечер ощутила гул в комнате, «как будто двигатель работал», «кровать ехала шататься», а сама

больная чувствовала «оцепенение, тяжесть во всем теле», «как свинцбм всю залили». Казалось, что «стены дышат, переливаются волнами», «все вокруг в движении». В 23.00 в не включенном телевизоре появилась человеческая голова с множеством глаз на лбу, шее, волосах, из которых стали выползать младенцы и тут же превращаться в фантастических зверей, кружить по комнате. Больная отмечала, что, кроме невероятной тяжести, она ощутила сильное сердцебиение, пульс был очень частый. Думала, что поднималось давление. На следующий день была госпитализирована в психиатрическую больницу. Обращалась к психиатрам стационара с просьбой связаться («по своим каналам») с экстрасенсом Дубицким и попросить его прекратить воздействие.

Соматический стати Больная пониженного питания (вес 41 кг, рост 150 см). Имеется выраженная деформация грудной клетки. Состояние больной удовлетворительное, иктеричность склер, кожных покровов. В легких много сухих рассеянных хрипов. Тоны сердца при-

глушенные, пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/70 мм рт.ст. Живот равномерно участвует о акте дыхания, Умеренно болезненный в эпигастрии, в правой подреберной области. Печень увеличена на 2,5 см, плотная, поверхность бугристая. Диагноз: Бронхиальная астма, инфекционно-аллергического генеза, гормонозависимая форма. Желчекаменная болезнь. Хронический холецистопанкреатит. Сахарный диабет, легкой степени, II тип, компенсированный.

Неврологический статус. Походка с легким пошатыванием. В позе Ромберга пошатывание, мелкоразмашистый тремор пальцев рук. Нистагм в крайних отведениях (слева чуть хуже конвергенция). Хоботковый, сосательный рефлексы — с тенденцией к мышечной гипотонии. Рефлексы оживлены, с 2-х сторон Якобсона-Ласко (S>D), грубый Маринэску-Родовичи с 2-х сторон. Чувствительных расстройств нет. Заключение: Цереброваскулярная болезнь с хронической сосудистой мозговой недостаточностью в форме двухсторонней органической микроочаговой симптоматики.

Электроэнцефалография. Отмечаются легкие диффузные изменения с периодическими негрубыми пароксизмами волн диэнцефального характера.

Психический статус. На беседу к врачу больная приходит в основном по вызову. Двигательно спокойна, ориентирована правильно. Охотно беседует. Эмоционально, последовательно и подробно рассказывает о своих переживаниях. Мимика живая. В рассказе часто закрывает лицо руками, вытирает навернувшиеся слезы, беззвучно плачет. Говорит, что видит «разных страшных, лохматых зверей» вокруг себя в отделении, они «постоянно изменяются, рождаются новые», «сначала появляются человеческие младенцы из пасти зверя, они обрастают шерстью, вытягиваются», превращаются в «настоящих зверей, страшилищ». «Чудовища» кружат вокруг больной, бегают по полу, кровати, плавают в воздухе. «Зверей» видит разных — от совсем маленьких до трехметровых. Видит также «человеческие головы» — старика («колдун наверное»), «ведьму лохматую, с горбатым носом», просто людей — мужчин, женщин, детей. Слов, звуков никаких не слышит, хотя видит, как они что-то говорят. Больная отмечает, что видит все при закрытых глазах, однако проецирует зрительные образы на то пространство, в котором находится. К примеру, на палату в больнице, на коридор. При закрытых глазах «видит» зверей на потолке, если лежит на спине, или на стене если поворачивается в кровати на бок. Экстракампинной проекции никогда не отмечалось. Интенсивность видений усиливается к вечеру. При открытии глаз изображение зверей исчезает: «я их не вижу, но знаю, чувствую, что они здесь, вокруг меня», «куда же они денутся?» Прикосновений посторонних, невидимых существ больная до поступления в больницу не ощущала. Вспоминает, как однажды «огромный бегемот подошел к ее кровати и лег» на нее, при этом она никак не почувствовала его веса. В отделении стала ощущать покалывания в ногах — наверное, «звери кусают». Картина видений меняется в течение болезни — сначала видела «двойника экстрасенса Дубицкого», потом «его глаз», по стенам, потолку, «плавали портреты людей». Затем «появились фантастические звери». В процессе лечения, звери стали «вялыми часто плачут, съеживаются, плавают, как мертвые». Раньше больная видела их черно-белыми, в больнице они ночами окрашиваются в голубой и морковно-красный цвет. В последние дни «они стали темными, расплывчатыми, как бы отодвинулись» от больной. Отмечает, что дома несколько раз видела, как «стены комнаты расширялись, двери передвигались», «стены были как живые, дышали, переливались». Чувствовала неприятный залах, исходящий из «пасти чудовищ» только при закрытых глазах. Свои переживания больная описывает ярко, красочно. Понимает

необычность своих ощущений, несколько месяцев «стеснялась» о них говорить, скрывала от соседей, окружающих свое состояние. Говорит, что боится «чудовищ», особенно страшно становится, когда они подходят близко, смотрят в глаза пронзительным взглядом, «пасть разинут и дышат на меня». Дома под влиянием этого не могла спать, спала по 3-4 часа в сутки, несколько раз ночью убегала из дома к соседям. В больнице ведет себя спокойно — «здесь мне не страшно, меня окружают люди», «здесь они со мной ничего не сделают». Очень хочет избавиться от «видений», просит вылечить ее, но твердо уверена в том, что «зверей» на нее «наслал Дубицкий», просит «связаться с ним, пусть он меня полечит», ведь «он же лечит на расстоянии». Критика к своим высказываниям формальная. Иногда в процессе беседы соглашается, что «возможно это казалось». Часто использует выражение «видела видения», уточняя, что «видеть с закрытыми глазами вообще-то нельзя, но видения появляются в необычных условиях — под воздействием экстрасенса — тогда это возможно, раз так написано в газете». При обсуждении с больной темы экстрасенсорики начинает плакать: «Вот ведь угораздило меня вызвать призрак, двойника экстрасенса». О своих дальнейших планах говорит, что больше «экспериментировать с призраками» не будет: «хватит помучилась». Настроение больной неустойчивое, со склонностью к снижению. Бывает угнетена содержанием своих «видений». В отделении держится замкнуто, обособленно, в основном лежит в постели, редко читает газеты. С больными не общается — «здесь такие тяжелые больные лечатся!». Пунктуально выполняет назначения врача, аккуратно пьет лекарства, контролируя медицинский персонал в правильности выполнения назначении. Ориентировка всех видов сохранена. Внимание привлекается достаточно. Память незначительно снижена на текущие события. Больная религиозна. Рассказывает, что долго, когда «зверей становилось особенно много пыталась читать молитвы, крестила их, но это не помогло. Верит в возможность положительного и отрица-

тельного влияния экстрасенсов, в существование фантомов, приведений. В процессе терапии в течение 2-3 недель (сонапакс, пропазин, амитриптиллин, этаперазин) состояние больной улучшилось. Зрительные образы потеряли яркость. Больная отметила уменьшение частоты их появлений и изменение «настроения зверя» (от агрессивно-издевательского до пассивного и даже «умирающего»). Отмечалась корреляция между нормализацией эмоционального состояния пациентки, исчезновения страха и тревоги,

восстановления сна и характером галлюцинаторных образов.

Экспериментально-психологическое обследование. Беседует охотно, доброжелательно. Задания выполняет старательно, не утомляется при длительной работе. Механическое запоминание не нарушено, из 10 слов воспроизводит: 5-7-8-8-8, через 1 час — 3 слова. Умеренно нарушено опосредованное запоминание. Из 16 понятий вспомнила 5. По таблицам Шульте: 71-125-95-60 сек. В мышлении выявляются элементы разноплановости и субъективизма. Например, в методике классификации на втором этапе выделяет следующие группы: «предметы из дерева», «предметы из железа», «смешанная», «фруктовые», «домашнее питание», «цветы», «лесные звери», «травянистые, букашки», «домашние животные», «транспорт». В рисуночных тестах — легкие признаки органического графического симптомокомплекса. Счетные операции выполняет без ошибок. Не справилась с наиболее сложными заданиями методики Коса. Данные СМОЛ малодостоверны (F = 83Т), код 69 (72-63Т), (3 — 38Т), что может указывать на аффективную ригидность, склонность и сверхценным идеям, обидчивость, упорство в достижении цели. В методике Розенцвейга резкое увеличение экстра-пунитивных ответов, уменьшение интрапунитивных и импунитивных а также препятственно-доминантных ответов. Показатель групповой конформности — 50%. По тесту Люшера: первый выбор — 3 6 5 2 4 1 7 0, второй выбор — 3564217 0, что указывает на неудовлетворенность жизненной ситуацией и взаимоотношениями, повышенное внимание к физическому самочувствию, тревогу и беспокойство, вызванные неудовлетворительным жизненным положением определяют попытки избавиться с помощью напряженной деятельности, направленной на поиск сочувствия и понимания.

Приведенный случай представляет интерес по нескольким причинам: во-первых, обращает на себя внимание атипичность расстройств восприятия, которые достаточно сложно классифицировать, во-вторых, неясна нозологическая принадлежность выявленных нарушений и, в третьих, несомненно значим и необычен механизм взаимовлияния мировоззренческих установок пациентки, в условиях атмосферы пропагандирования нетрадиционных экстрасенсорных способов терапии и психотического уровня психических нарушений.

Выявляющиеся у больной Г. психопатологические феномены можно оценивать в нескольких плоскостях. Либо в клинической картине заболевания присутствуют «галлюцинации при закрытых глазах» или «галлюцинации внушенные», либо эти расстройства неверно трактовать как галлюцинации, а следует признать, что это — сен-сориализованные, визуализированные представления, т.н. «галлюцинации воображения» Дюпре. Своеобразие приведенного случая заключается в доминировании психотического (по степени дезорганизации деятельности)

синдрома — зрительных феноменов (галлюциноза?) — возникших вслед за психическим (эмоционально значимым) воздействием информации об экстрасенсорике. В литературе существуют указания на сходные феномены, например, «мнимо-восприятия» умерших людей, однако, подобные расстройства, как правило, носят нестойкий характер и зрительные образы воспринимаются при открытых глазах и при сохранении критического отношения к ним. До настоящего времени дискутируется вопрос о психогенных галлюцинозах, и большинство авторов отрицают подобный механизм психогенеза. Своеобразием случая больной Г. является и характер психических нарушений. Ядром их служат зрительные образы, возникающие только при закрытых глазах, обладающие чувством «сделанности» (прошедшие путь от произвольных до непроизвольных), имеющие экстрапроекцию и не сопровождающиеся критическим отношенном больной («псевдогаллюцинации при закрытых глазах» по терминологии М.И.Рыбальского). Зрительные образы оказывают влияние на поведение больной и ее интерпретацию ситуации, которая носит неадекватный характер. В эмоциональной сфере у больной выявляется выраженный тревожно-депрессивный синдром, взаимосвязь которого со зрительными образами имеет двоякую направленность (от аффективной обусловленности и ожидания галлюцинаций до эмоциональной реакции на их появление).

Наиболее трудным для диагностической оценки выступает ассоциативный процесс, в частности убежденность больной в воздействии не нее экстрасенсорным способом (по клиническим параметрам сходная с синдромом Кандинского-Клерамбо). Однако, этот критерий на настоящем этапе развития общества не может считаться убедительным для диагностического процесса в психиатрии. Социологические исследования указывают, что 42% населения «верят в возможность передавать и принимать мысли на расстоянии»).

Как показывают экспериментально-психологические исследования, с одной стороны, нет оснований говорить о шизофренических нарушениях мышления больной, с другой, не отмечается выраженных ассоциативных расстройств органического типа. Неадекватность оценки происходящего затрагивает лишь узкую субъективно-значимую (в большей степени мировоззренческую) сторону жизни больной — представления о возможности излечения болезней на расстоянии с помощью экстрасенсорного воздействия. Рассмотрение приведенного случая с традиционных для психиатрии клинических позиций наталкивается на ряд непреодолимых преград, не позволяющих достоверно квалифицировать синдромологию наблюдаемой картины.

Анализ клинической картины позволяет предполагать, что случай с пациенткой Г. отражает редкое (но возможно имеющее большие перспективы к распространению) психическое состояние, ге-нез которого, возможно, кроется в психотерапевтическом воздействии мистической информации при экспансии мифологического мышления в обществе.

Нозос-патос

Принцип-альтернатива «нозос-патос» позволяет трактовать любой психологический феномен в системе координат, использующей понятия болезни (нозос) и патологии (патос). Под первым в психиатрии подразумевают болезненный процесс, динамическое, текущее образование; под вторым — патологическое состояние, стойкие изменения, результат патологических процессов или порок, отклонение развития.

Наблюдаемый диагностом психологический феномен в соответствии с этим принципом должен трактоваться либо как имеющий нозологическую специфичность, имеющую болезненный механизм возникновения и развития, обладающий тенденцией к изменениям, прогредиентности, эволюции или регрессу; либо как патологическое образование, не склонное к каким-то существенным трансформациям, не имеющее этиологических факторов и патогенетических механизмов в медицинском смысле этих терминов, а также обладающее свойствами устойчивости, резистентности, стабильности.

Нозос и патос являются крайними (патологическими) вариантами различных по свое сути процессов или спектров. Так, нозос располагается в спектре здоровье-болезнь, а патос в спектре норма-патология. При этом в рамках каждого из них разнятся составные части спектра (рисунок 4).

Рисунок 4

Здоровье => Предболезнь => Психическое заб-ние => Психоз

непсихотического уровня

Норма

Предпатология

Патологая

Приведенные спектры отличаются друг от друга как отдельными этапами, так и характером взаимоотношений между ними. По мнению Ю.С.Савенко, спектр норма-патология носит характер континуума, наблюдаются плавные переходы от одного состояния к другому. В то время, как спектр здоровье-болезнь не является континуумом и можно отметить ступенеобразность переходов. Вследствие этого, с позиции феноменологического подхода, переход между непсихотическим и психотическим этапами носит качественный (скачкообразный) характер, вследствие чего «вчувствоваться в психоз» невозможно.

Два приведенных спектра отражают современные представления о характере взаимосвязи нормы и здоровья. Понятие здоровой деятельности, здорового самочувствия, здорового поведения значительно шире, богаче и разнообразнее, чем понятие нормального. *Здоровье* определяется как состояние полного физического, умственного и социального благополучия и основывается на субъективном ощущении здоровья. Вследствие чего его диапазон расширяется. *Норма* же в медицине определяется как оптимум функционирования и развития организма и личности, оценка которого требует объективного (насколько это возможно) и сравнительного подхода. По данным некоторых исследователей-психиатров, норма составляет лишь одну треть здоровья. Условно это соотношение можно определить так: человек признается здоровым, но «ненормальным», т.е. субъективно он не испытывает никаких болезненных проявлений, отмечает комфортность собственного самочувствия (полное благополучие), но при этом объективно отмечается отклонение от оптимума функционирования. В соматической медицине проблема болезнь-патология не стоит столь остро как в клинической психологии и психиатрии, где оценка состояния пациента имеет социально значимое звучание.

К *нозосу* относят болезненные процессы и состояния, такие как шизофрения, биполярное аффективное расстройства (устар. — маниакально-депрессивный психоз), инволюционные, сосудистые, инфекционные и иные психозы; к *патосу* — в первую очередь, расстройства личности (устар. — психопатия), дефектные состояния, аномалии развития.

Реакция-состояние-развитие

Альтернатива «реакция-состояние-развитие» является одной из важных при феноменологическом анализе психологического состояния обследуемого. Она позволяет ввести в этот анализ параметры стимула и реакции, внешнего и внутреннего. При этом оценка психологического феномена строится на основании оценки конгруэнтности или неконгруэнтности приведенных параметров. Этот принцип-альтернатива, также как другие, позволяют использовать многомерный подход, что позволяет корректно подойти к ответу на многие диагностические вопросы. К примеру, как можно оценить в традиционных общемедицинских категориях болезни-здоровья следующее наблюдение: у ребенка на фоне повышенной температуры, вызванной инфекционным заболеванием, возник впервые в жизни развернутый судорожный припадок, который впоследствии в течение полугода не повторялся. Позволительно ли назвать состояние ребенка болезненным, диагностировать эпилепсию и ответить на вопрос здоров он или болен, нуждается в назначении антиконвульсантов или не нуждается?

Подобная постановка вопроса при феноменологическом подходе не корректна. Поскольку она носит характер контрастности, одномерности. Для правильного ответа на подобный вопрос необходим анализ в рамках принципа «реакция-состояние-развитие».

Психической *реакцией* в клинической психологии называется кратковременный (не дольше 6 месяцев) ответ на какую-либо ситуацию или внешнее воздействие. Психическим *состоянием* обозначается стойкий психопатологический синдром без склонности к развитию или регрессу

(длительностью более 6 месяцев). Под психическим *развитием* понимается патологический процесс с внутренними закономерностями симптомообразования.

В такой системе координат оценка психического здоровья ребенка, перенесшего судорожный приступ (из приведенного выше примера), может быть основана на том, что судорожный припадок был единственным, причинно связанным с экзогенным (внешним) воздействие гипертермией и следовательно должен трактоваться как эпилептическая реакция. Следует иметь ввиду, что сборное понятие «эпилепсия» в контексте принципа-альтернативы «реакция-состоя-

-85-

ние-развитие» феноменологически может быть представлено эпилептической реакцией, эпилептическим состоянием (болезнью) и эпилептическим развитием (изменениями личности или иными психическими расстройствами). Подобная трактовка распространяется на целый ряд психопатологических нарушений: реакцией, состоянием или развитием могут быть невротические симптомы (невротическая ситуационная реакция, невроз, невротическое развитие личности), шизофрения, особенно в западной психиатрической традиции (шизофреническая реакция, шизофренический психоз).

Психотическое-непсихотическое

Данное альтернативное разделение является традиционным для психиатрии и считается одним из основополагающих принципов, имеющих значение как для теории, так и для практики. Оно определяет тактику и стратегию психиатрического действа, диктует выбор методов терапевтического воздействия, обосновывает применение тех или иных профилактических и реабилитационных мероприятий.

Принцип «психотическое-непсихотическое» оценивает такой психический параметр как уровень психических расстройств, своеобразную глубину и выраженность психопатологической картины заболевания. В соматической медицине подобный критерий отсутствует, поскольку отсутствует необходимость оценки социально значимых сторон деятельности человека. Присутствует лишь параметр тяжести болезни, вероятности летального исхода или хронификации и инвалидизации. В психиатрии тяжесть расстройств может быть проанализирована двояко. С одной стороны, ее можно оценить с позиции представления о психическом здоровье — состоянии полного физического и душевного комфорта и благополучия, и тогда тяжесть расстройства будет определяться субъективно. С другой стороны, ее можно определять с позиции представления о социально вредном воздействии, к которому может привести психическое заболевание (в крайнем выражении — угроза жизни окружающих и себе), что предопределяет сугубо «объективный» подход.

Реальная клиническая практика основывается на второй платформе. Вследствие этого психотический уровень расстройства психической деятельности во всех случаях оценивается как состояние более «тяжелое», чем непсихотический.

-86-

Психоз, по определению фон Фейхтершдебена, это психическое состояние, характеризующееся тяжелым нарушением психических функций, контакта с реальной действительностью, дезорганизацией деятельности обычно до асоциального поведения и грубым нарушением критики.

Под *непсихотическим* уровнем понимаются симптомы и синдромы, сопровождающиеся критикой, адекватной оценкой окружающей действительности, когда больной не смешивает собственные болезненные субъективные ощущения и фантазии с объективной реальностью, а поведение находится в рамках социально принятых норм.

Исходя из дефиниций уровней психических расстройств, к психотическому уровню причисляются такие симптомы и синдромы, как галлюцинации, бредовые идеи, расстройства сознания, мен-тизм, шперрунг, разорванность и бессвязность мышления, амбивалентность, аутизм и другие. К непсихотическому — астенический, фобический синдромы, расстройства внимания и пр. Однако, и при оценке уровня психического расстройства также, как и в других случаях необходим феноменологический подход, учитывающий принципы «понимания», «эпохе»,

«контекстуальности», поскольку подавляющее большинство психопатологических симптомов могут трактоваться альтернативно и при определенных условиях могут быть отнесены либо к психотическому, либо к непсихотическому уровню. Даже казалось бы однозначно психотический галлюцинаторный синдром может расцениваться как непсихотический, если будут отсутствовать критерии психотического — некритичность, грубая дезорганизация деятельности и контакта с реальной действительнос-| ти. В этом отношении показателен пример расстройств восприятия, сходных по клиническим проявлениям, но разнящихся параметром критики. Депрессивный синдром, оценивается как психотический, как правило, на основании присоединения к нему кататимных бредовых идей (самообвинения, самоуничижения) и не поддающихся коррекции суицидальных намерений.

Особые сложности возникают при анализе уровня негативных психических расстройств (аутизма, абулии, деменции, изменениях личности и некоторых иных). Связано это, с одной стороны, с малой теоретической разработанностью характера самосознания и полноты критичной оценки при них, с другой, их негативными психопатологическими свойствами. В связи с этими непреодолимыми на настоящем этапе развития психиатрии препятствиями, нами были предложено, наряду с психотическим и непсихотическим уровнями психических расстройств, выделить третий уровень, условно обозначенный дефицитарным (В.Д.Менделевич). По нашему мнению, в него следует включать многие негативные психические расстройства.

Экзогенное-эндогенное-психогенное

Принцип-альтерантива «экзогенное-эндогенное-психогенное» относится, в первую очередь, к психопатологическим феноменам, поскольку он отражает тип психического реагирования на уровне патологии и не может использоваться при анализе психологических феноменов.

Разработка этого принципа основана на постулате психиатрии о том, что для определенной группы психических расстройств существуют выявленные и верифицированные этиопатогенетические механизмы. На основании исследований Бонгхоффера, Мейера и Мебиуса, проведенных в конце прошлого века, было определено, что некоторые симптомы и синдромы могут возникать преимущественно одним из трех вышеуказанных этиопатогенетических путей — экзогенным, эндогенным или психогенным.

Экзогенный тип психического реагирования представляет собой психические реакции, состояния и развития, возникающие вследствие органических поражений головного мозга. Под органическими причинами в психиатрии принято понимать любые нефункциональные (непсихогенные) причины, непосредственно воздействующие на головной мозг человека. К ним относятся черепно-мозговые травмы, сосудистые и инфекционные заболевания головного мозга, опухоли, а также интоксикации.

К *психогенному типу психического реагирования* относят психические реакции, состояния и развития, причины которых кроются в психотравмирующем влиянии жизненных событий. Любое событие, конфликт, фрустрация или житейская ситуация могут вызывать расстройство, относимое к психогенному типу.

Под *эндогенным типом психического реагирования* подразумевают психические реакции, состояния и развития, вызванные внутренними (эндогенными), наследственно-конституциональными причинами.

Ниже будут приведены некоторые психопатологические синдромы, имеющие достаточно оснований для отнесения их к одному из типов психического реагирования. Т.е. перечисленные синдромы позволительно считать продуктами лишь одного из известных типов (таблица 5).

Таблица 5

Экзогенный	Эндогенный	Психогенный	Личностный

судорожный, психоорганический, амнестический, делириозный, сумеречного расстройства сознания, дереализационно-деперсонализационный	психического автоматизма, кататонический	псевдодемёнтный	истерический, ипохондрический

Некоторые психопатологические синдромы не укладываются ни в один из трех традиционно выделяемых типов психического реагирования. Вследствие чего, нами предложено выделять, наряду с экзогенным, психогенным и эндогенным, *личностный тип психического реагирования.* В него следует включать, в первую очередь, истерический и ипохондрический симптомокомплексы, а также некоторые симптомы однозначно социального звучания (например, коп-ролалия, клептомания, пиромания и некоторые иные). Не вызывает сомнений тот факт, что истерический и ипохондрический синдромы не могут быть причинно вызваны эндогенными или экзогенными факторами. Они есть суть социально опосредованного отношения к действительности и собственному месту в обществе. Их можно обозначить, как личностные реакции на социально значимые события или изменения своего статуса. Невозможно себе представить их возникновение по иным механизмам, к примеру, биологическим (что подтверждается их отсутствием при моделировании психических феноменов на животных). Проблематично относить их и к психогенному типу психического реагирования, поскольку принципиальное значение в данном случае имеет не характер психотравмирующего влияния, но личностное отношение к нему. Если сравнить истерический и ипохондрический симптомокомплексы с иными, которые часто ставятся в один ряд с ними (синдром навязчивостей, фобический, депрессивный), то несомненны разительные их отличия. Синдром навязчивостей, фобический или депрессивный синдромы могут возникать как по личностным, так и по иным механизмам (экзогенному, эндогенному, психогенному). Истерический и ипохондрический синдромы никак не способны формироваться вне личностного типа реагирования.

Спорным представляется отнесение симптома копролалии (насильственного и непроизвольного произнесения бранных слов) к экзогенному типу реагирования на основании включения его в качестве существенного и патогномоничного симптома синдрома Жиля де ля Туретта, который заключается в рамки экзогенного типа психического реагирования. Теоретически возможно представить возникновение насильственных движений мышц, формирующих речь, и обосновать с нейрофизиологических позиций. Однако, объяснить почему насильственно произносимые слова носят нецензурный характер (определенную смысловую нагрузку) нейрофизиологическими механизмами не правомерно. Морально-нравственные критерии', коррекция собственного поведения и направление его в этически поощряемое русло зависит только от личностных свойств.

Дефект-выздоровление-хронификация

Принцип-альтернатива «дефект-выздоровление-хронификация» дает возможность оценивать в зависимости от особенностей клинической картины психического заболевания состояния, возникающие после исчезновения явных психопатологических нарушений.

Дефектом в психиатрии принято обозначать продолжительное и необратимое нарушение любой психической функции (например, «когнитивный дефект»), общего развития психических способностей («умственный дефект») или характерного образа мышления, ощущения и поведения,

составляющего отдельную личность. Дефект, в таком контексте, может быть врожденным или приобретенным. Однако, как правило, термин дефект в настоящее время в психиатрической науке и практике употребляется по отношению к приобретенным психическим расстройствам и обусловлен перенесенным психическим заболеванием. К примеру, «шизофреническим дефектом» называются стойкие состояние, включающее негативные психопатологические симптомокомплексы, возникшие после исчезновения острых психотических проявлений.

Наиболее существенной характеристикой дефекта выступают именно негативные расстройства, поскольку в резидуальном периоде психоза или иных психических расстройств возможно появление продуктивных психопатологических феноменов, например пси-хопатизации, и тогда состояние будет обозначаться не дефектом, а изменениями личности.

Противополжностыо дефекта выступают *выздоровление* т.е. полное восстановление утраченных на время психического заболевания психологический функций или *хронификация* психических расстройств, когда в клинической картине болезни продолжают преобладать продуктивные (позитивные) психопатологические симптомы и синдромы.

Адаптация-дезадаптация, компенсация-декомпенсация

Принципы-альтернативы «адаптация-дезадаптация» и «компенсация-декомпенсация» дают возможность рассматривать психические расстройства в связи с их влиянием на социально-психологические функции. Они позволяют оценивать степень совладания с имеющимися нарушениями, что позволяет определять тактику психиатрического воздействия и выбор методов терапии и профилактики.

Адаптация — это процесс приспособления организма или личности к изменяющимся условиям и требованиям окружающей среды.

Компенсация — состояние полного или частичного возмещения (замещения) нарушенных в связи с болезнью психических функций.

Два приведенных параметра близки по сути, но имеют некоторые отличительные черты. Так, при адаптации происходит как бы «смирение» с новым болезненным статусом, приспособление к нему, выработка положительного отношения к имеющимся расстройствам, «мирное сосуществование» с психопатологическими симптомами. При компенсации происходит замещение утраченных психических функций иными приемлемыми для личности и организма, т.е. не смирение (как при адаптации), а активное преодоление.

В психиатрической практике адаптация выглядит так: пациент нормально работает, проживает в семье, считается окружающими «психически нормальным», однако при этом он может испытывать на себе воздействие галлюцинаторных образов, к которым у него есть критика, и которые не сказываются на его поведении, что нередко наблюдается при синдроме вербального галлюциноза. При компенсации человек, к примеру, с олигофренией замещает «умственный дефект» тем, что трудится на доступном его пониманию освоению производственном процессе или занимается еще чем-нибудь, что ему удается. При психопатии компенсация может быть достигнуга при выборе сферы деятельности, в которой базовые черты характера человека задействованы в полной мере (к примеру, работа эпилептоидного психопата бухгалтером).

Негативное-позитивное

Альтернативное деление психопатологических симптомов на негативные и позитивные, принятое в психиатрии, позволяет в дальнейшем оценивать наблюдаемое состояние как активный болезненный процесс, хронификацию заболевания или как устойчивые и не склонные в дальнейшем изменяться дефект и изменение личности.

К *позитивным (продуктивным, плюс) симптомам* в психиатрии причисляют те психопатологические проявления, которые являются болезненной «надстройкой» над здоровыми психологическими Свойствами. Патологические симптомы и синдромы как бы «плюсуются», прибавляются к тому, что у человека уже существует.

Негативные (дефицитарные, минус) симптомы — это психопатологические феномены, соответствующие выпадению тех или иных психических процессов. В данном случае к здоровым проявления психической деятельности не добавляется ничего нового, а лишь устраняется, удаляется то, что было человеку присуще до болезни. По-другому эти симптомы называют *симптомами «обкрадывания»* — болезнь крадет нормальные функции.

Если к позитивным можно отнести большинство известных и ярких психопатологических симптомокомплексрв, то негативные расстройства представлены лишь несколькими, менее яркими по сравнению с позитивными симптомами и синдромами. К последним относятся аутизм, апатия, абулия, амнестические расстройства, деменция, изменения личности и некоторые другие.

Вышеприведенные законы и принципы позволяют утверждать, что процесс разграничения психологических феноменов от психопатологических симптомов (диагностика) в клинической психологии и психиатрии строится не на субъективной основе, когда считается, что «каждого человека можно признать душевнобольным, просто нужно его привести на прием к психиатру», а базируется на строго объективных научных критериях, позволяющих при их корректном, умелом и честном использовании познать истину.

Феноменология клинических проявлений

Основой дифференциации психологических проявлений индивидуальных особенностей психической деятельности от психопатологических симптомов является верная и точная феноменологическая оценка клинически наблюдаемого признака (феномена в узком понимании). Именно на этом этапе диагностики встречается наибольшее количество ошибок. Широкая осведомленность современного пациента в психиатрической и психологической терминологии, его попытки не описать свое состояние, а проанализировать, увеличивают риск диагностических ошибок, особенно в случаях невозможности непосредственно наблюдать изменения поведения и переживаний человека, а также из-за отсутствия данных объективного анамнеза (т.е. информации о поведении — последовательности и характере действий — высказываниях). Кроме того, риск неправильной оценки особенностей нормального мышления возрастает при обследовании личности с высоким уровнем умственного развития или широкими знаниями в области философии, психологии, медицины.

В оценке психиатрического симптома нельзя полностью основываться на определении и предъявлении его пациентом. К примеру, указание обследуемого на появившуюся у него «апатию» не означает, что этот симптом присутствует в клинической картине болезни. Подобных сложностей не возникает в клинике внутренних болезней, где зачастую вся диагностика строится на высказываниях пациента. Выявляется даже такая зависимость: чем грамотнее в медицинском плане обследуемый, чем точнее он может изложить свое состояние в научных терминах (например, если пациент — врач), тем объективнее диагностика соматической болезни. Ведь в подобном случае «медицински подкованный» квалифицированный больной самостоятельно выберет из проявлений своего заболевания наиболее существенные симптомы, сможет проанализировать, четко описать их характер, выраженность, особенности течения.

В клинико-психологичёской практике подобной зависимости отметить не удается. Как бы хорошо испытуемый ни разбирался в психологии и психиатрии, он не сможет критично оценить свое состояние и осознать наличие некоторых симптомов, что встречается и при психозах, и при неврозах. К сожалению, вопросы самосознания душевных болезней еще недостаточно теоретически разработаны. Однако можно предположить, что, наряду с объективно неосознаваемыми симптомами — такими, например, как бредовые и сверхценные идеи — имеются условно неосознаваемые или осознаваемые не в полной мере и не в любое время (галлюцинации, навязчивые ритуалы и т. д.). Можно предполагать, что такие психопа-1тологические симптомы, как аутизм, апатия, амбивалентность, абулия, мания, разорванность, резонерство, бессвязность и некоторые ^другие качественные нарушения мышления не могут быть полнос-

тью осознаны пациентом. Исходя из дефиниции, подобные симптомы принципиально не могут до конца осознаваться. В противном случае логично обозначать эти симптомы иными терминами, например, интраверсия вместо аутизма, гипопатия взамен апатии, гипобулия в противовес абулии и т. д. Видимо не поддаются критическому анализу негативные (дефицитарные) симптомы, в то время как к позитивным симптомам возможно появление адекватного отношения больного. Приведение пациентом в качестве проявлений своей болезни вышеперечисленных симптомов не может являться объективным и не способно служить основой для диагностики.

Таким образом, не представляется возможным считать в качестве основополагающих при распознавании болезни декларируемые клиентом (пациентом) симптомы с помощью известных ему медицинских (психиатрических) или психологических терминов. Кроме вышеперечисленных причин подобная невозможность связана и с наличием разночтений в понятиях одних и тех же психиатрических терминов. Многие люди в быту вкладывают неверное значение в такие термины, отражающие расстройство психики как тоска, тревога, беспокойство, смешивая их, не видя никакой разницы между этими нарушениями. Больной человек может жаловаться на тоску, определяя свое эмоциональное состояние именно этим словом, несмотря на то, что у него объективно определяется не тоска, но тревога. Построение диагностики лишь на основании определения своего состояния самим человеком часто приводит клинициста психолога или психиатра к диагностическим ошибкам.

Желание пациента при оценке своего состояния использовать психологические или психиатрические термины может косвенно указывать на иные расстройства и способствовать выявлению истинных нарушений ассоциативного процесса.

Проблема нормы и патологии в клинической психологии и психиатрии одна из наиболее сложных. Л.Л.Рохлин указывал на возможность возникновения сходных проявлений у здоровых и душевнобольных людей (чаще страдающих психопатиями, чем абсолютно здоровых). Повторимся, что для разделения нормы и патологии среди прочих причин необходимо учитывать те социально — психологические сдвиги, которые характерны для современного общества. Об относительной ценности психопатологических симптомов говорят этнопсихологические и транскультуральные исследования, изучающие структуры заболеваний в различных регионах мира у людей разных наций и народностей.

До настоящего времени остается неясным положение о том, возможно ли возникновение психопатологических феноменов у здорового человека или же в период их появления такого человека нельзя считать вполне здоровым и следует признать «условно душевнобольным» (подразумевая под душевной болезнью не только психозы, но и невротические расстройства). Остановимся подробнее на специфике квалификации и феноменологии некоторых наиболее сложных в диагностическом плане психологических феноменов и психопатологических симптомов.

Нередко сложности возникают при оценке *навязчивых мыслей, воспоминаний, опасений и движений.* При этом возможно три варианта определения состояний, два из которых имеют четкое психиатрическое обозначение: навязчивые и насильственные (импульсивные) состояния. Сравнивая эти болезненные симптомы с проявлениями здоровой психики, которые трудно определить каким-либо термином (наиболее подходящим можно считать слово «назойливость»), Обращает на себя внимание, в первую очередь, степень чуждости симптомов для самой личности. Так, при навязчивых состояниях больной остро переживает невозможность избавиться от навязчивостей, прилагает к этому массу усилий, совершает необычные ритуальные действия, которые помогают лишь на время избавиться от тягостного переживания.

Насильственные мысли, движения чаще не сопровождаются критическим пониманием их чуждости, возникают непроизвольно, автоматически. Они обычно не тяготят больного и могут не привести его к врачу или психологу.

Крайне трудно определить в ряду психолого-психопатологических место мыслей и действий здорового человека, обозначенных условно «назойливостями». Ведь они также, как и навязчивости осознаются человеком, пытающимся противоборствовать им. Следует признать, что четких дифференциально-диагностических критериев для разграничения болезненных и неболезненных (или донозоло-гических) навязчивостей выделить не удается. Однако любое

проявление навязчивостей нельзя относить к психопатологическим феноменам. Важнейшим критерием оценки вариантов нормы является их относительно целесообразный характер и отсутствие чрезмерно длительной фиксации, не соответствующей требованиям деятельности или потребности индивидуального развития.

Значительные трудности возникают у диагноста при столкновении с таким психопатологическим симптомом как *аутизм.* Аутизмом обычно обозначают состояние больного, сопровождающееся

погруженностью в мир собственных переживаний (В.С.Гуськов), замкнутостью, отгороженностью от внешнего мира, ограничением контактов с окружающими людьми, уменьшением потребности в общении. Несмотря на достаточно ясное определение этого психопатологического термина, нередки ошибки при его клинической оценке. Следует помнить, что аутизм — достаточно стойкое состояние, не подверженное значительным колебаниям, т. к. оно рассматривается в рамках дефицитарных симптомов. Суть последних заключается в процессе «обкрадывания» здоровой психики, нанесения ей невосполнимого ущерба.

Нормальным и обязательным для душевного здоровья свойством является коммуникативная функция мышления. Вследствие этого у человека существует биологически обусловленная потребность в общении. Эта потребность у разных людей различна по своей интенсивности. Она вплетается в структуру психической деятельности и, наряду с другими необходимыми составляющими (волей, ассоциативным процессом, памятью, интеллектом) формирует индивидуальный уровень психического здоровья. При игнорировании этого обстоятельства возможны ошибки в диагностике психических заболеваний.

Неправомерно для построения диагностического процесса делать упор лишь на сравнение психических симптомов — признаков разных людей. Недопустима формулировка: «У многих так бывает». Важен анализ изменения психического функционирования конкретного человека, с конкретным наследственно обусловленным и сформированным в процессе жизни уровнем душевного здоровья. К аутизму такие рассуждения имеют непосредственное отношение, т. к. сравнивая людей по параметру общительности можно придти к неверному мнению о наличии у менее общительного признаков аутизма.

Важным диагностическим параметром аутизма является отсутствие к этому симптому достаточной, истинной критики, переживания своей замкнутости, нелюдимости. Аутизм сочетает в себе не только невозможность установления больным контактов с окружающими его людьми, но и болезненное нежелание этого делать, способность довольствоваться одиночеством. Именно так проявляется аутистическое мышление, обходящееся без притока информации извне.

Принципиально различны по механизмам возникновения аутизм и *интраверсия,* несмотря на то, что их определения схожи. Интра-версия определяется как нелюдимость, замкнутость, поглощенность собой, обращенность внутрь личности (В.С.Гуськов). Интраверсия в действительности представляет собой ту вариативную норму человеческой психики, которая, опираясь на индивидуальный биологически обусловленный уровень здоровья и особенности воспитания, формирует акцентуации характера, разнообразие индивидуальностей.

Интраверсия в отличие от аутизма не может возникнуть внезапно. Кроме того, она способна к компенсации под влиянием внешних микросоциальных факторов, чем отличается от аутизма. Э.Блейлер определял аутизмом симптом, отражающий отсутствие реального приспособления к требованиям жизни со склонностью к замене реальности мечтами и фантазиями, когда мышление и восприятие регулируется скорее личностными желаниями, чем объективной реальностью. Как справедливо считают Ц.П.Короленко и А.Л.Галин, аутизм при всей кажущейся патологичности не всегда является психопатологическим феноменом. Погружение в мечты об исполнении желаемого особенно часто может наблюдаться у подростков в начальном периоде переделки жизненных стереотипов, что связано со становлением личности. На первых этапах выдвижения целей юноша не интересуется и не должен интересоваться, как и какими путями может быть достигнуто желаемое, идеальное. Само это и реальное может быть представлено в виде неопределенных переживаний, т. к. речь идет о выяснении целей. Представления о желаемом еще не сформировались.

Оценка такого состояния как патологического ошибочна. Не следует забывать, что речь идет о развивающейся личности. И то, что сейчас может оцениваться как стабильная черта личности, на самом деле является лишь фазой развития. Этап «приземления» идеалов, выбора способа их достижения и возможно разочарований будет следующим в развитии человека. Опережающая критика идеалов — это прежде всего попытка свести на нет творческие тенденции личности. Именно в этот период оторванного от жизни, не приспособленного к ней фантазирования складываются устойчивые цели поведения, формируется вера в достижение того, что никогда не было достигнуто (или, проще, не достигалось лицами, представляющими реальное окружение человека).

А.Ф.Лазурский подчеркивал, что процесс адаптации личности с более высоким уровнем психического развития отличается от процесса адаптации личности среднего уровня. Оценка фантазирования с увлечением фантазиями при наличии неприспособленности к жизни как аутизм неверна. Правильная квалификация этих состояний возможна лишь при учете многих черт личности (особенно ее развития), характера отношений с окружающей средой и, что самое глав-

ное, при учете динамики дальнейшего развития личности.

Сложными для психопатологической оценки считаются следующие понятия: *патологическая нерешительность и амбивалентность*. Нерешительность («наполненность колебаниями») может встречаться у здоровых людей, лиц с особенностями характера, а также у психически больных (невротиков, психопатов). Амбивалентность — существенный признак шизофрении. Е.Блейлер различал три вида амбивалентности: 1) в аффективной сфере — одно и то же представление сопровождается и приятными, и неприятными чувствами; 2) в области воли (амбитендентность) — двойственность поступков, действий, побуждений; 3) в области интеллектуальной деятельности — одновременное возникновение и сосуществование мыслей противоположного характера. Отличием патологической нерешительности от амбивалентности может служить критическое отношение, наблюдающееся при первом симптоме.

Однако круг дифференциальной диагностики не исчерпывается патологической нерешительностью, встречающейся при неврозах и психопатиях. Некоторые авторы (М.Ярош, Ц.Г.Короленко, АЛ.Га-лин) отмечают амбивалентность в норме, предостерегая от квалификации ее только как клинического симптома. Они справедливо считают, что диалектический подход, отражающий наиболее глубокие законы мышления, предполагает рассмотрение окружающих явлений в духе выявления противоречий, анализа их развития. Представить себе одновременное сосуществование не только различающихся, но и противоположных сторон в явлении — это значит не только формально фиксировать противоречия, но и переживать соответствующие эмоции, ибо без эмоций невозможно никакое познание истины. Поэтому по меньшей мере до момента выбора способа разрешения противоречия человек «имеет право» на противоречивые эмоции (по терминологии психиатров — амбивалентность). Иначе его отражение окружающего мира окажется упрощенным.

Указывая на тот факт, что амбивалентность может встречаться в норме, М.Ярош пишет о том, что речь в этом случае идет не об исключении, а о полном «праве» здорового человека одновременно переживать противоречивые эмоции (т. е. проявлять «амбивалентные» отношения). Существуют значительные различия в степени подобной амбивалентности людей по отношению к различным сторонам жизни. Считается, что лица с более развитым и сложным мышлением более амбивалентны, чем лица с мышлением более простым и примитивным. Следует также иметь в виду, что амбивалентность в норме чаше проявляется при оценке сложных объектов и

ситуаций (наличие противоположных чувств и мыслей в таких случаях отметили у себя 72% студентов университета, причем 22% из них — в ярко выраженной степени), чем при оценке простых (Ц.П.Короленко, АЛ.Галин).

Убедительные данные психологических исследований доказывают существование у здорового человека состояний, внешне схожих с амбивалентностью. Однако их неправомерно обозначать тем же медицинским клиническим термином. В целях упорядочения психиатрической

терминологии и избежания диагностических ошибок на этой почве нецелесообразно обозначать словом «амбивалентность» проявление здоровой психической деятельности.

Здесь мы сталкиваемся с неким парадоксом: если амбивалентностью (или любым иным психиатрическим термином) нельзя оценивать состояние душевно здорового человека, но мы стоим лишь у истоков диагностического процесса, когда неизвестно еще болен человек или нет, имеет ли право диагност обобщать, предвосхищать события? Нет ли здесь логической ошибки, когда не зная результата отвергаем его предпосылки?

Говоря о норме и патологии, следует добиваться терминологической точности, являющейся основой правильной диагностики, гарантирующей избегание ошибок на пути познания истины. Ведь диагностика — это одна из форм познания объективной реальности (Б.Х. Василенко). В начале исследования у врача сразу же складывается более или менее четкое представление об отнесении больного к той или иной диагностической категории. Предполагаемое в руководствах установление диагноза на основе цепи индуктивных и дедуктивных умозаключений есть не отражение реального процесса постановки диагноза, а рекомендуемая схема обучения. Первичное представление или понятие^ как пишет В.Х.Василенко, может сформироваться у врача под влиянием самых разнообразных причин (знаний истории болезни, мнение коллег, первое впечатление и т. д.). В психиатрии существует понятие — «чувство шизофрении». Важно, чтобы первичное представление (недостаточно обоснованное понятие) не было бы в такой степени ригидным и доминирующим, чтобы воспрепятствовать усвоению не соответствующих и даже противоречащих ему данных и тем самым привести к диагностической ошибке.

В ходе исследования это общее представление или понятие, служащее направлением хода мышления врача, может и должно меняться под влиянием новой информации. «Диагноз больного, — писал еще С.П.Боткин, — есть более или менее вероятная гипотеза, которую необходимо постоянно проверять; могут явиться новые факты, которые могут изменить диагноз или увеличить его вероятность».

Считается, что уже на первичном этапе постановки диагноза — на этапе квалификации симптомов — имеет место диалектическое противоречие между общепатологическим и части о патологическим, происходит разделение процесса познания. С одной стороны, в терминах психопатологических абстракций (психопатологических симптомах) осуществляется анализ — выделений того, что представляется наиболее важным на общей совокупности воспринимаемого, и синтез — объединение, суммирование этих выделенных в анализе признаков в целостное образование (синдромы). С другой стороны, идет мыслительный процесс фиксации признаков, который не является полностью ни анализом, ни синтезом, поскольку интеграция уже существует в объекте и, следовательно, индивидуальные черты воспринимаются в их единстве. «Это скорее процесс установления факта включенности, чем анализ и синтез» — пишет М.С.Роговин. По отношению к непосредственно наблюдаемому абстрактный анализ и синтез несут как бы контрольную функцию.

Преодолению этого раздвоения процесса познания при постановке диагноза служит введение и использование особых рабочих понятий, как психопатологических (симптомы, синдромы, нозологические формы), так и оценочных (норма и патология, органическое и функциональное, позитивные и негативные симптомы, специфичные и неспецифичные изменения психики и т. п.). Характерной особенностью этой особой группы является то, что по мере углубления исследования и уточнения диагностических предположений отбрасываются наиболее неопределенные из них и подключаются те, которые по-своему содержанию ближе к системным понятиям научной психопатологии (по-видимому, в указанной последовательности понятия «нормы» и «патологии» еще находятся в непосредственной близости к сфере донаучного, обычного мышления, но совершенно иными являются, например, понятия позитивных и негативных симптомов (М.С.Роговин).

Отвлечение от основной обсуждаемой темы ошибок в оценке феноменологии клинических признаков и психопатологических симптомов имеет принципиальное значение и для уточнения следующего достаточно сложного с точки зрения квалификации психопатологического феномена — *резонерства* «бесплодного мудрствования»). Считается (Ц.П.Короленко, АЛ.Галин), что в условиях нормы состояния, сходные с резонерством могут наблюдаться в период наиболее активного развития логического мышления (14 — 20 лет), что требует и способности к

абстрагированию. Эту особенность можно отметить у лиц с высокой стабильностью установки на логическое мышление при склонности к ее генерализации. При специальном опросе (сочетаний бесед и анкетных методов) 46% студентов II курса университета (физического и математического факультетов) отметили у себя склонность к отвлеченному мышлению. Истолковать это явление как психопатологическое неправомерно.

В период становления и развития логического мышления возникает стремление «испробовать», «проверить» его в приложении к различным сторонам жизни. В том случае логическое действие, ставшее достоянием субъекта в своей развитой форме, нередко приобретает самостоятельную ценность. В то же время навыки мышления еще недостаточно сформировались. Логические построения при этом могут не быть примитивными, но со стороны воспринимаются как отвлеченные, лишенные цели, т. е. как бы резонерские. На самом деле речь идет о нормальном формировании психической функции — логического мышления.

Существуют и значительные различия в стилях мышления. Они касаются как перехода от объекта к субъекту, так и различия при переходе от одной выборки к другой. Так, у одних испытуемых преобладает установка на конкретное, у других — на абстрактное мышление (Дж.Брунер). Исследования здоровых с помощью опросника для измерения степени ориентации личности на понятийно-логическое мышление показало, что, например, у студентов — первокурсников физико-математических специальностей установка на обобщенное логическое мышление как сформированная и устойчивая черта личности встречается в 5 — 6 раз чаще, чем у студентов медицинского вуза. Эта установка проявляется, в частности, в буквальной неспособности студента иметь дело с какими-либо конкретными объектами вне включения их в контекст анализа обобщенных смысловых связей. Это проявляется при анализе как конкретных физических, так и социальных явлений. Указанные данные подтверждены экспертными оценками, результатами изучения речи лиц, обнаруживших стабильную установку на логическое мышление и результатами других исследований.

С позиций конкретного мышления (имеются ввиду различия в норме) анализ обобщенных связей — это отвлеченный, более или менее лишенный содержания и даже резонерский подход. На самом же деле речь идет о разных способах адаптации к среде: в одном случае адаптация достигается за счет накопления и систематизации конкретных знаний; в другом — за счет выявления обобщенных закономерностей, дающих априорную информацию о различных объектах и сторонах жизни, за счет выработки стратегии поведения сразу по отношению к целым классам объектов и ситуаций. Как первый, так и второй способы адаптации не лишены смысла. Относить второй способ поведения, учитывая его вероятность в некоторых выборках, к «предпатологической» форме не следует. Данный вариант развития личности чаще связан с особенностями профессиональной, учебной деятельности, а также с рядом дополнительных черт в характере личности. Прямолинейная оценка личности в подобных случаях, особенно при наличии противоположных стилевых особенностей мышления у оценивающего, может привести к ошибочным выводам. Необходимы подробный анализ истории развития личности, а также оценка личностных особенностей в целом.

Можно провести параллели между таким психопатологическим феноменом, как *резонерство* и проявлением здоровой психики — *демагогией.* Под демагогией понимают рассуждения, основанные на одностороннем осмыслении, истолковании чего-либо (С.И. Ожегов). Следующее определение дано понятию «резонерство» в «Толковом словаре психиатра»: «Резонерство — нарушение мышления, при котором больной вместо ясного по содержанию и достаточно четкого по форме ответа на конкретный вопрос или описание какого-либо определенного события, случая, предмета, явления прибегает к пространным разглагольствованиям в пределах данной темы, приводит не основанные на фактах доказательства, увлекается бессмысленными рассуждениями в ущерб смыслу говоримого. При резонерстве предложения построены грамматически правильно, изобилуют причастными, деепричастными оборотами, вводными словами; речь многословна, но несмотря на это больной в своем повествовании нисколько не продвигается. Резонерство — бесплодно, т. е. оно не приводит к познанию».

Сравнивая понятия резонерства и демагогии, можно найти много общих черт при существенной альтернативной разнице этих понятий — демагогия характеризуется, в первую очередь, осознанным, намеренным введением в заблуждение собеседника для достижения своих целей. Демагог всегда конкретно ставит перед собой определенную цель, демагогия при этом

лишь средство. Она обычно распространяется на значимую для данного человека сферу деятельности или событий. В то же время резонерство — бесцельно, оно проявляется в любой ситуации и по любому поводу, причем больной часто сам ищет подобные поводы.

Нередко при обосновании диагноза психиатры используют такой клинический термин, как *диссоциация психических процессов.* Впрочем трактовка его далеко не однозначна, хотя часто этот критерий диагностики становится одним из решающих. Термин диссоциация появился в начале века параллельно с термином *расщепления психической деятельности* (Э.Блейлер). Под диссоциацией понимается «совмещение несовместимых» сторон психики. Например, больной с бредом величия и могущества может слезно выпрашивать кусок хлеба или больной на словах опечаленный разрывом с любимой девушкой наделе становится гипоманиакальным, излишне веселым. Следует очень внимательно, взвешивая все психологические особенности испытуемого, описывать диссоциацию психических процессов.

Наряду с таким симптомом, как диссоциация, психиатрами зачастую просматриваются и не распознаются некоторые ассоциативные нарушения. Особое место в этом ряду принадлежит симптомам *«соскальзывания»* и *«разноплановости»,* объединенных некоторыми авторами термином *аморфность мышления.* Несмотря на определенную общность понятий соскальзывания и разноплановости, они встречаются при различных состояниях. Соскальзывание можно выявить у еще сохранных больных шизофренией, на начальных этапах становления болезни. Разноплановость же чаще является признаком шизофренического дефекта.

Сущность нарушения мышления по типу соскальзывания заключается в том, что, правильно решая какое-либо задание, либо рассуждая о каком-нибудь предмете, больной неожиданно сбивается с правильного хода мыслей по ложной, неадекватной ассоциации, а затем вновь способен продолжать рассуждения последовательно, не возвращаясь к допущенной ошибке и не исправляя ее (Б.В.Зейгарник). Наиболее ярко соскальзывание может проявляться в психологическом эксперименте на «классификацию предметов», «исключение лишнего». Так, больная правильно отвечая на многие экспериментальные задания, может в опыте на «исключение лишнего» при предъявлении ей карточек с изображением очков, весов, термометра и часов предложить несколько вариантов исключения. Например, в одну группу ей могут быть объединены очки, термометр, часы по принципу «медицинских»: «Врач через очки смотрит по часам пульс и определяет температуру тела термометром». Подобное нарушение мышления базируется на использовании больным не основных, а латентных признаков для классификации предметов и явлений.

При разноплановости мышления больных, они не выдерживают единой линии рассуждения, рассматривая какое-нибудь явление, а подходят к нему с разных позиций. В качестве иллюстрации приведем протокольную запись суждения больного, которому предлагалось объяснить поговорку: «Цыплят по осени считают» (наблюдение Б.В.Зейгарник).

> Больной говорит: «Ну, это вполне понятно. Иногда всегда подсчитывают, когда они осуществились. Когда дело сделано. И только тогда можно уже заявить об увеличении успехов того или иного мероприятия. А то можно работать без конца, без края, шума много из ничего получится, как у Шекспира, помните? ... Пошумели, говорили, бегали, метались, торопились, а в результате что? Итог каков? Все в трубу, навылет. То есть шумиху подняли, а дела нет. Поэтому — меньше шума, больше дела, больше собранности, организованности, а потом сказать: «Ну вот, товарищи, как бы там ни было, дело сделали, будьте здоровы». Например, если мы строим какое-нибудь здание — вот наш долг, если мы сдаем экзамены — вот наши оценки, оТмет-ки, пять, отлично или там, например, четыре, хотя на плохой конец, я говорю. Четыре — это уже терпимо, я считаю, но вообще нужно на

> отлично, чтобы было пять. Вот так. Вот это называется ...много шума из ничего, или как вы сказали — пословица: «Кур по осени или цыплят по осени считают». Ну да если непосредственно про них говорить, их перетаскивают кошки, как говорится».

Приведенное выше понятие аморфности мышления подразумевает под собой расплывчатость суждений больного, неспособность отразить сущность вещей и явлений. Во избежание диагностических ошибок и для выявления «легких» расстройств мышления не достигающих степени разорванности от диагноста требуется не только собранность и внимательность, но и культура собственного мышления, знание законов логики. Очень важно умение сделать правильные выводы из добытых фактов. Логика не может в полной мере ответить на вопрос, как нужно мыслить в любом конкретном случае, она может твердо сказать, как не надо мыслить (А.С.Попов, В.Г.Кондратьев).

Ошибочно может быть расценено *персеверацией* состояние лектора, склонного к неоднократному повторению заключительных слов или фраз каждого предложения. Известно, что персеверация — симптом расстройства мышления, характеризующийся длительным доминированием одной ассоциации, трудностью переключения на следующую мысль. Персеверация никогда не встречается изолированно от других симптомов, она сочетается с нарушениями сознания, памяти. Речь лектора оценить в категориях болезни неправомерно. Подобную особенность можно расценить либо как сознательное рас-толковывание слушателям важного тезиса, либо как вредную речевую привычку.

Симптом «уже виденного» может быть неверно оценен как проявление *бреда инсценировки с элементами ложного узнавания.* При дифференциации этих нарушений упор делается на кратковременность состояния типа «уже виденного» и полной критичности при нем. Тогда как к бредовым расстройствам с ложными узнаваниями окружающих людей (симптом Фреголи) больной относится некритично.

Диагностические ошибки возможны при выявлении *ипохондрического синдрома,* оценке его принадлежности к бредовым, сверхценным или навязчивым явлениям. Процесс диагностики ипохондрии в подавляющем большинстве случаев сопряжен с методиками объективизации, способными подтвердить либо отвергнуть соматическое, неврологическое или иное непсихическое заболевание. Только в этом случае психиатр имеет не только врачебное, но и моральное право выставить диагноз ипохондрии, т. к. его постановка предопределяет и изменяет отношение к жалобам больного, как к преувеличенным, утрированным и даже не имеющим под собой веских оснований. Диагност (клинический психолог или психиатр) должен помнить, что ошибка — чаще гипердиагностика — в клинической оценке ипохондрии может повлечь за собой игнорирование истинного заболевания, способного привести к печальным исходам. Постановка диагноза ипохондрического состояния способствует зачастую тому, что все появляющиеся в дальнейшем симптомы различных болезней трактуются в качестве ипохондрических проявлений. Следует помнить, что диагностические критерии многих соматических болезней меняются год от года. Так, после пересмотра принципов оценки ревматизма большое число больных было исключено с диспансерного учета. Ревматологи отказались их лечить, мотивируя это тем, что «диагноз ревматизма не подтвердился» (уточним — несмотря на многолетнее лечение этого заболевания).

Многие пациенты после выявления у них ипохондрии не соглашаются с диагнозом, требуют не психиатрического, а соматического лечения, ссылаясь на то, что «каждый человек имеет право на такое отношение к своему здоровью, которое считает оптимальным». Это необходимо помнить при оценке ипохондрического синдрома, диагностика которого должна строиться не на сравнении отношения различных людей к своему здоровью, а в большей степени на соответствии жалоб больного объективной диагностике соматического страдания и на степени психической дезадаптации вследствие признания себя больным.

Ошибки в оценке принадлежности ипохондрии к кругу бредовых, сверхценных или навязчивых идей также могут обернуться грозными последствиями. Нераспознавание бредового характера этого симптома, может привести к тактическим ошибкам: игнорирование

необходимости стационарного психиатрического лечения способно обернуться социальной опасностью действий больного (суицидальными попытками, агрессией). Критерии дифференциации бредовых, сверхценных и навязчивых ипохондрических идей достаточно ясны. Однако в практической деятельности трудны для распознавания. Критическое отношение к ипохондрии крайне трудно определить, его колебания отмечаются даже там, где их быть теоретически не должно. Некоторыми же авторами отвергается сама возможность возникновения навязчивых ипохондрических идей, которые расцениваются ими в рамках сверхценных идей.

Из группы расстройств восприятия диагностические ошибки нередко встречаются при оценке *сенестопатий,* которые достаточно трудно дифференцировать с *парестезиями,* а иногда с *галлюцинациями.* Под сенестопатиями понимают неприятные тягостные ощущения в теле больного, носящие мигрирующий характер и сопровождающиеся трудностями их описания самим пациентом. В отличие от парестезии сенестопатии можно рассматривать в рамках не только расстройств восприятия, но и мыслительных нарушений. При их диагностике следует помнить об уровне интеллекта пациента, его культуре и словарном запасе. Нелепое описание ощущений во всех случаях необходимо соотносить со строем мышления человека. Не всегда необычное описание больным симптомов своей болезни может быть признано сенестопатиями. Парастезии, как принято считать, возникают при органических поражениях мозга, их проекция всегда соответствует зонам инервации. При разграничении сенесто-патий с галлюцинациями следует помнить, что галлюцинаторные образы достаточно предметны (например, тактильные галлюцинации описываются больным как ползание червей или иных живых существ внутри кожи, в голове и т. д.). Сенестопатии же аморфны, больной не может конкретно определить источник неприятных ощущений, говоря, например, о «переливании жидкости в мозге при наклонах».

Приведенные в данной главе критерии для оценки уровней (регистров) и типов психического реагирования базируются на психиатрических терминах, в которые вкладывается зачастую различный смысл, что приводит не только к разночтению психопатологических проявлений и их различной оценке, но и к смешению нормы и патологии. Это можно подтвердить существование таких близких по значению понятий, как *демонстративность, манерность, гебоидность, гебефреническое поведение.* Неправильная оценка каждого из приведенных терминов может привести к неверной трактовке состояния больного, обнаружению психопатологических феноменов там, где их в действительности не существует.

Так установление «демонстративности» поведения не говорит о собственно психическом расстройстве (демонстративность обозначается в словарях русского языка, как «представление, показ чего-либо наглядным образом» — Д.Н.Ушаков). «Манерность» в общежитейском смысле — «неестественность, искусственность, изысканность в манерах, жеманность, деланность, отсутствие простоты» (С.И.Ожегов): В узкопсихологическом смысле «манерность» представляет собой проявление психического заболевания (чаще шизофрении), когда необычные манеры больного лишены смысла, бесполезны. Класси описал «манерность» также в рамках истерического невроза и психопатии, противопоставляя эмоционально выхолощенной, стереотипной, вычурной с витиеватостью высказываний шизофренической «манерности» истерическую «манерность», при которой отмечалась (по Класси) склонность к театральной, демонстративной аффектации. С нашей точки зрения, с целью уточнения понятий «манерность» в рамках истерии следует обозначать не как истинно манерность, а как «демонстративность».

Близки к вышеупомянутым понятиям клинические психопатологические феномены — гебоидофрения и гебефрения, встречающиеся преимущественно при шизофреническом процессе. Гебефрения проявляется в отличие от манерности дурашливостью, нелепостью, импульсивностью и нецеленаправленностью поведения больных, склонных к гримасничанию (Кальбаум; Гекер). Гебоидофрения также складывается из психопатоподобных нарушений поведения, характеризуясь в большей степени неординарностью, вычурностью увлечений. Гебоидофрению можно считать неразвернутой гебефренией.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

Вопрос 1. Индивидуальное целостное психическое переживание в процессе диагностики психических расстройств называется:

а) симптомом

б) синдромом

в) феноменом

г) симптомокомплексом

д) казусом

Вопрос 2. «В связи с возможностью полного феноменологического сходства психической болезнью (психопатологическим симптомов) признается лишь то, что может быть таковой доказано» — гласит принцип:

а) Курта Шнайдера

б) презумпции психической нормальности

в) эпохе

г) Кандинского- Клерамбо

д) Гуссерля

Вопрос 3. Наряду с критерием доказанности в принцип Курта Шнайдера включается и критерий: а) обоснованности

б) убедительности

в) реальности

г) предположительности

д) вероятности

Вопрос 4. Диагностический принцип, при котором требуется «воздерживаться от преждевременных суждений» обозначается принципом:

а) контекстуальность

б) эпохе

в) точности

г) убедительности

д) осторожности

Вопрос 5. Оценка состояния индивида типа: «У больного скорбное выражение лица» не учитывает одного из нижеследующих диагностических принципов:

а) контекстуальности

б) эпохе

в) точности

г) убедительности

д) осторожности

Вопрос 6. Для убедительной диагностики психопатологических симптомов принципиально важными являются законы:

а) физические

б) биологические

в) физиологические

г) астрологические

д) логические

Вопрос 7. Феноменологический подход к диагностическому процессу использует принципы:

а) объясняющей психологии

б) понимающей психологии

в) психиатрии

г) патопсихологии

д) психопатологии

Вопрос 8. К понятию «нозос» в отличие от «патос» относятся все за исключением одного:

а) устойчивые психопатологические состояния

б) психопатологические психические процессы

в) психопатологические симптомы и синдромы с внутренней закономерностью симптомообразования

г) психопатологические расстройства, имеющие этиопатогенети-ческие механизмы

д) психические заболевания

Вопрос 9. Для диагностики психической реакции следует учитывать, что ее длительность не должна превышать:

а) 1 недели

б) 2 недель

в) 1 месяца

г) 6 месяцев

д) I года

Вопрос 10. Психическое состояние, характеризующееся тяжелым на[1] рушением психических функций, контакта с реальной действительностью, дезорганизацией деятельности обычно до асоциального поведения и грубым нарушением критики называется:

а) неврозом

б) психозом

в) деменцией

г) олигофренией

д) психопатией

Вопрос 11. Одним из наиболее значимых диагностических критериев отграничения психотических от непсихотических психических расстройств является критерий;

а) длительности расстройств

б) субъективной тяжести расстройств

в) некритичности к расстройствам

г) связи расстройств с индивидуально-психологическими особенностями

д) резистентности расстройств к терапии

Вопрос 12. Психические реакции, состояния и развития, вызванные наследственно-конституциональными причинами, относятся к одному из следующих типов психического реагирования:

а) экзогенному

б) эндогенному

в) психогенному

г) личностному

д) смешанному

Вопрос 13. Истерические и ипохондрические непсихотические симптомы являются признаками одного из следующих типов психического реагирования:

а) экзогенного

б) эндогенного

в) психогенного

г) личностного

д) смешанного

Вопрос 14. Феномен «уже виденного» является признаком одного из следующих типов психического реагирования

а) экзогенного

б) эндогенного

в) психогенного

г) личностного

д) смешанного

Вопрос 15. Продолжительное и необратимое нарушение любой психической функции, общего развития психических способностей или характерного образа мышления, ощущения и поведения, составляющего отдельную личность называется:

а) маразмом

б) олигофренией

в) дефектом

г) деменцией

д) деградацией личности

Вопрос 16. Абулия относится к одной из следующих групп психических расстройств;

а) позитивным расстройствам

б) негативным расстройствам

в) продуктивным расстройствам

г) непродуктивным расстройствам

д) дизрафическим расстройствам

Вопрос 17. Состояние полного или частичного возмещения (замещения) нарушенных в связи с болезнью психических функций называется:

а) адаптацией -

б) компенсацией

в) гиперкомпенсацией

г) кооперацией

д) атрибуцией

Вопрос 18. Появление у индивида таким особенностей поведения, как дурашливость, нелепость, импульсивность в сочетании с нецеленаправленностью поведения называется:

а) истерией

б) гебефренией

в) ипохондрией

г) демонстративностью

д) кататонией

Вопрос 19. Бесплодное, бесцельное основанное на нарушении мышления мудрствование называется:

а) демагогией

б) краснобайством

в) амбивалентсностью

г) аутистическим мышлением

д) резонерством

Вопрос 20. При интраверсии в отличие от аутизма, как правило, отмечается:

а) критичность к собственной замкнутости

б) менее выраженная замкнутость

в) отсутствие галлюцинаций

г) отсутствие бредовых идей

д) некритичность к собственной замкнутости

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

В, С.Гусъков. Терминологический словарь психиатра. М., 1965. *Н.ФДементъева.* //Методологические вопросы психиатрии. М., 1981,

с.87-98.

Б.В.Зейгарник. Патопсихология. М., 1986,288 с. *Ц.П.Короленко, А.Л.Галин,* //Журнал невропатологии и психиатрии,

1981, 12.

М.С.Роговин. //Журнал невропатологии и психиатрии, 1979, 2-3. *К.Ясперс.* Общая психопатология. М., 1997,1056 с.

Глава 3
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Семиотика

В клинической психологии традиционно выделяют восемь значимых для клинической практики психических процессов: 1) ощущения, 2) восприятие, 3) внимание, 4) память, 5) мышление или ассоциативный процесс, 5) интеллект, 6) эмоции, 7) воля, 8) сознание. Подобное разделение психических процессов носит во многом условный характер, поскольку их функционирование на уровне организма и личности носит интегративный характер. Однако, при различном характере и тяжести патологии по разному страдают отдельные познавательные процессы. Вследствие этого психопрофилактика заболеваний и реабилитационные мероприятия с пациентами должны быть нацеленными на патогенетически значимые психические состояния и процессы.

В рамках клинической психологии упор делается на оценку перечисленных выше познавательных процессов, тогда как изучение и анализ иных процессов (к примеру, деятельности, воображения) считается менее значимым. Данное положение обусловлено как традициями,

существующими в клинической психологии, так и «реальным вкладом», значимостью особенностей функционирования тех или иных познавательных процессов в пато- и саногенез соматических и психических заболеваний и психологию больного.

Учитывая тот факт, что описание сущности познавательных процессов входит в раздел общей психологии, в данном разделе учебника основной упор сделан на описание основных понятий отдельных познавательных процессов, особенностях их проявлений и изменений в условиях соматической и психической патологии.

Ощущения

Под **ощущением** понимается процесс отражения отдельных свойств предметов объективного мира при их непосредственном воздействии на органы чувств. Ощущения являются основой многих симптомов и синдромов разнообразных болезней, одними из элементарных (простых) психических явлений. Они могут носить осознаваемый или неосознаваемый характер и существенно влиять на особенности предъявления пациентом жалоб на состояние собственного здоровья, что способно существенным образом влиять процесс диагностики.

Важной характеристикой ощущений является понятие *порога ощущения* — величины раздражителя, способной вызвать ощущение. Различают абсолютный, дифференциальный и оперативный пороги ощущений. *Абсолютным нижним порогом ощущений (или порогом чувствительности)* называют минимальную величину раздражителя, вызывающего едва заметное ощущение, *абсолютным верхним порогом ощущений* — максимально допустимую величину внешнего раздражителя. Под *дифференциальным порогом ощущений* понимают минимальное различие между двумя раздражителями либо между двумя состояниями одного раздражителя, вызывающее едва заметное различие ощущений. *Оперативным порогом ощущений* определяется как наименьшая величина различия между сигналами, при которой точность и скорость различения достигают максимума.

Ощущения могут возникать в различных органах чувств и по данному критерию ощущения разделяются на *зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные, осязательные.* Существуют (Р.С. Немов) средние значения абсолютных порогов возникновения ощущений для разных органов чувств человека (таблица 6).

Ощущения могут характеризоваться по громкости, яркости, высоте звуков.

Выделяют следующие виды ощущений в зависимости от механизмов (источников) их возникновения: *экстероцептивные* (обусловленные воздействием раздражителей на рецепторы — нервных окончаний — поверхности кожи или слизистых); *интероцептивные* (вызванные воздействием раздражителя на нервные окончания, ин-нервирующие внутренние органы и располагающиеся в стенках дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта и других органов) и *проприоцептивные* (связанные с сигналами, возникающими вследствие раздражения рецепторов, находящихся в мышцах, сухожилиях или суставах).

Таблица 6 Средние значения абсолютных порогов возникновения ощущений

Органы чувств	Величина абсолютного порога ощущений (в виде условий для возникновения едва заметное ощущения данной модальности)
Зрение	Способность воспринимать ясной темной ночью пламя свечи на расстоянии до 48 км от глаза
Слух	Различение тикания наручных часов в полной тишине на расстоянии до 6 м
Вкус	Ощущение присутствия одной чайной лржки сахара в растворе, содержащем 8 л воды

Запах	Ощущение наличия духов при лишь одной их капле в помещении, состоящем из 6 комнат
Осязание	Ощущение движения воздуха, производимого падением крыла мухи на поверхности кожи с высоты около 1 см

Общими для всех видов ощущений считаются количественные и качественные изменения ощущений. К количественным относят такие, как: *анестезия* — утрата способности ощущать различные виды раздражений; *гипоэстезия* — снижение способности ощущать различные виды раздражений; *гиперестезия* — повышение способности ощущать различные виды раздражений.

Потеря чувствительности (анестезия), как правило, распространяется на тактильную, болевую, температурную чувствительность и может захватывать как все виды чувствительности *(тотальная анестезия),* так и отдельные ее виды *(парциальная анестезия)*. По механизмам возникновения выделяют: *корешковую анестезию,* при которой тотально нарушается чувствительность в зоне иннервации определенного заднего корешка спинного мозга, и *сегментарную,* при которой нарушения возникают в зоне иннервации определенного сегмента спинного мозга. Последний вид анестезии может быть как тотальной, так и *диссоциированной,* при которой наблюдается отсутствие болевой и температурной чувствительности при сохранении проприоцептивной или наоборот.

Особо выделяют нарушения чувствительности вплоть до ее исчезновения при некоторых заболеваниях. В частности, описана *лепрозная анестезия,* возникающая в результате специфического пора-

жения кожных рецепторов при лепре и характеризующаяся последовательным ослаблением и утратой температурной, затем болевой, а впоследствии и тактильной чувствительности при длительно сохраняющейся проприоцептивной чувствительности. Хорошо известна *истерическая анестезия,* характеризующаяся функциональным исчезновением чувствительности у больных с истерическими нет вротическими расстройствами при отсутствии органического поражения рецепторов, проводящих путей и центров нервной системы. В рамках истерической анестезии описаны нарушения болевой чувствительности по типу «чулок и перчаток». Они проявляются особым видом нарушения болевой чувствительности, при которой отмечаются четкие границы нарушений чувствительности, не соответствующие зонам иннервации определенных корешков или нервов.

Одним из наиболее часто встречающихся в клинической практике феноменов является гиперестезия. Она входит в структуру астенического синдрома, являющего типичным и широко распространенным способов психического реагирования на заболевание. При этом гиперестезия захватывает, как правило, все сферы, но чаще отмечаются зрительная и акустическая гиперестезии.

Кроме гипо-, гипер- анестезий, при которых нарушается количественные показатели, выделяют качественные расстройства ощущений, например, *синестезию* — возникновение ощущение в одном из анализаторов после раздражения другого анализатора. Так, испытуемый может испытывать неприятные вкусовые ощущения при определенных зрительных раздражителях; иметь, к примеру цветовые ощущения при воздействии на него звуковой раздражений (музыки).

Другой разновидностью патологических изменений ощущений являются *парестезии,* которые проявляются неприятными ощущениями онемения, покалывания, жжения, ползания мурашек и др. Они могут возникать в различных частях тела, иметь тенденцию к перемещению. При этом больные становятся суетливыми, неусидчивыми, тревожными. У них отмечается повышенная чувствительность к соприкосновению кожи с одеждой, постельным бельем. Могут иметь место вкусовые парестезии, хотя большинство из них затрагивает тактильную чувствительность.

Возникновение ощущений следует выявленным и описанным учеными законам. Среди них выделяется *психофизический закон Вебера-Фехнера*, который описывает зависимость силы ощущения от величины действующего раздражителя. В соответствии с данным законом величина ощущения прямо пропорциональная логарифму

-116-

интенсивности действующего раздражителя. Согласно этому закону ощущение изменяется гораздо медленнее, чем растет сила раздражения. При этом сила раздражения возрастает в геометрической, а рост ощущения при этом в арифметической прогрессиях.

Принципиальное значение для клинической психологии имеют показатели болевой чувствительности, их личностные особенности и изменения при различных патологических состояниях и заболеваниях. Известны четыре основных типа отношения к боли (А.К.Сангайло):

1 тип: порог боли низок — высока общая чувствительность к боли. Порог предела выносливости наступает скоро, вслед за чувством боли — низкая выносливость болевого чувства.

2 тип: порог боли низок — общая чувствительность к боли высока. Порог предела выносливости к боли высок — выносливость к болевому чувству большая, болевое чувство легко переносится. Интервал выносливости достаточен.

3 тип: порог боли высок — чувствительность к боли невысока. Интервал выносливости мал — поздно наступающее чувство боли переносится плохо, разрыв между порогом боли и выносливостью мал.

4 тип: порог боли высок — общая чувствительность невысока. Интервал выносливости достаточен — выносливость болевого чувства хорошая.

Роль формирования ощущений достаточно существенная, поскольку на базе ощущений происходит становление процесса восприятия реальности.

Восприятие

В отличие от ощущений, которые отражают лишь отдельные свойства предметов или явлений, процесс восприятия демонстрирует субъективное психическое отражение предметов и явлений объективной действительности. Общим для этих процессов является тот факт, что они начинают функционировать лишь при непосредственном воздействии раздражения на органы чувств. В отличие от ощущений, восприятие отражает предмет или явление в целом, в совокупности свойств. Восприятие представляет собой качественно новую ступень познания и не сводится к сумме отдельных ощущений. Этому способствует процесс объективизации, т.е. локализации воспринимаемых образов в пространстве. Именно процесс осмысленного синтеза образа предмета или явления при активном их отражении является основным при восприятии. Вследствие этого, значимым становится

-117-

выделение основных свойств образа, складывающихся в процессе и результате восприятия. Их насчитывается четыре: *предметность, целостность, константность и категориальность.* Предметностью называется способность человека воспринимать мир не в виде набора не связанных между собой ощущений, а в форме отделенных друг от друга предметов, обладающих определенными свойствами, вызывающие данные ощущения. Под целостностью восприятия понимается процесс, при котором воспринимаемый предмет, представленный неполным набором элементов мысленно достраивается до целостной формы. Константность определяется как способность воспринимать предметы постоянными по различным параметрам (форме, цвету, консистенции, величине), независимо от меняющихся физических условий восприятия. Категориальностью обозначается способность человеческого восприятия обобщать, относить воспринимаемый предмет к определенному классу (именно вследствие данного свойства человеком в воспринимаемом предмете обнаруживаются типичные признаки, свойственные предметам данного класса.

Описанные свойства восприятия обусловлены принципами восприятия предметов, обнаруженных М.Вертгеймером и описанных в гештальтпсихологии:

1. Чем ближе друг к другу в зрительном поле располагаются элементы, тем с большей вероятностью они объединяются в единый образ *(принцип близости).*

2. Похожие элементы обнаруживают тенденцию к объединению *{принцип сходства).*

3. Элементы, выступающие как части знакомых фигур, контуров и форм, с большей вероятностью объединяются именно в, эти фигуры, форму, контуры *(принцип «естественного продолжения»).*

4. Элементы зрительного поля имеют тенденцию с созданию целостного, замкнутого изображения *(принцип замкнутости).*

Восприятия, также как и ощущения распределяются по органам чувств: *зрительные, слуховые, вкусовые, осязательные, обонятельные.* Особо в клинической психологии выделяется *восприятие человеком времени,* которое может существенного изменяться под влиянием различных патологических состояний и болезней, а также входит в структуры особенностей характера в виде такого качества как структурирование времени. Не менее значимым является *восприятие собственного тела и его частей.*

Из специфических и патологических изменений восприятия выделяют: *эйдетизм, иллюзии, галлюцинации, дереализационные и де-персонализационные нарушения восприятия, агнозии.*

118

ИЛЛЮЗИИ — это искаженное восприятие реального объекта.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ — восприятия, возникающие без наличия реального объекта, сопровождающиеся убежденностью в том, что данный объект в данное время и в данном месте действительно существует.

ЭЙДЕТИЗМ — след только что закончившегося возбуждения в каком-либо анализаторе в виде четкого и яркого образа.

Иллюзии представляют собой отклонения восприятия конкретного воспринимаемого объекта по форме, цвету, величине, консистенции, константности, удаленности от воспринимаемого. Зрительные иллюзии проявляются в виде искажения зрительного образа (восприятие висящего в шкафу пальто реальным человеком на основании схожести контуров). В ряду зрительных особо выделяют *парейдолические иллюзии,* при которых происходит образование и восприятие причудливых зрительных образов на основе слияния элементарных воспринимаемых особенностей объекта (трещины или рисунок на стене воспринимается как образ животного). Слуховые иллюзии характеризуются нарушением восприятия реальных шумов, звуков, которые могут восприниматься как речь или иные звуки (резкий шум за дверью может восприниматься как звонок в дверь в случае аффективной напряженности человека, крик на улице — как отклик по имени). Вкусовые иллюзии проявляются видоизменением обычного для объекта вкуса (появления «привкуса»); обонятельные иллюзии — запаха. В клинической практике нередки появления осязательных (тактильных, болевых, температурных) иллюзий, формирующихся на базе реальных ощущений. Обычно появлению иллюзий способствуют какие-либо физиологические или психологические (аффективные) особенности.

К особому виду зрительных иллюзий относят *дереализационные расстройства,* при которых существенно изменяется восприятие объектов. К ним относятся:

МИКРОПСИЯ — расстройство восприятия в виде уменьшения размеров окружающих предметов.

МАКРОПСИЯ — расстройство восприятия в виде увеличения размеров окружающих предметов.

ДИСМЕГАЛОПСИЯ — расстройство восприятия в виде удлинения, расширения, скошенности, перекрученности вокруг оси окружающих предметов.

ПОРРОПСИЯ — расстройство восприятия в виде изменения расстояния, отделяющего предмет от больного при неизменных размерах самого объекта.

Наиболее яркими нарушениями процесса восприятия считаются *галлюцинации,* которые существенно меняют поведение человека и могут служить болезненными побудителями с действиям. В отличие от иллюзий галлюцинации возникают вне зависимости от существования объекта и в подавляющем большинстве случаев сопровождаются убежденностью больного в реальности галлюцинаторных образов. Зрительные и слуховые галлюцинации, разделяются на простые *(фотопсии* — восприятие ярких вспышек света, кругов, звездочек; *акоазмы* — восприятие звуков, шума, треска, свиста, плача) и сложные *(вербальные* — восприятие членораздельной фразовой речи).

Существенным для диагностического процесса представляется разделение галлюцинаций на *истинные и ложные (псевдогаллюцинации),* дифференциально-диагностические критерии которых представлены в таблице 7.

Следует обратить внимание на один из основных критериев дифференциации истинных и ложных галлюцинаций — реальность проекции галлюцинаторного образа. Суть его заключается в том, что при истинных галлюцинациях пациент указывает место расположения образа, как правило, во вне и на реальном для восприятия расстоянии (например, видимый им образ человека на улице, а не на луне; слышимый за стеной, а не с расстояния тысячи километров или из головы).

Дифференциация истинных галлюцинаций с псевдогаллюцинациями допустима лишь в случаях зрительных и слуховых обманов восприятия (В.Х.Кандинский), в то время, как на обонятельные, тактильные, вкусовые галлюцинации приведенные выше критерии не распространяются.

К особым разновидностям нарушений восприятия относят:

СЕНЕСТОПАТИИ — разнообразные неприятные, трудно поддающиеся больным описанию ощущения в различных частях тела, воспринимаемые как мигрирующие образы.

Дифференциация сенестопатий и парестезии представляет значительные сложности, однако значима для диагностического процесса. Поскольку парестезии могут встречаться при многих неврологических и соматических заболеваниях, а сенестопатий считаются симптомов психических нарушений.

Восприятие собственного тела играет особую роль в формировании психологии больного и его реагировании на заболевания. В неврологической и психиатрической клиниках нередки случаи *сома-тоагнозий и деперсонализационных расстройств (или нарушений схемы тела).*

Таблица 7

Дифференциально-диагностические критерии галлюцинаций и псевдогаллюцинаций

Истинные галлюцинации	Псевдогаллюцинации
Имеют реальную* проекцию галлк цинаторного образа во вне. (реальная проекция - место в пространстве, которое с помощью органов чувств может быть воспринято)	-Не имеют реальной проекции галлюцинаторного образа во вне.
	Навязанный, "сделанный" характер галлюцинаторных образов.
Яркость, звучность, громкость, интенсивность галлюцинаторных образов.	Тусклость, размытость, приглушенность галлюцинаторных образов.

	Возможность на время заслониться, укрыться or галлюцинаторных образов.
	Императивный или комментирующий характер галлюцинаторных образов (чаще вербальных)

При первой патологии происходит не столько нарушения процесса восприятия, сколько процесса узнавания. Два этих процесса тесно связаны между собой. В психологии узнаванием называется опознание воспринимаемого объекта как уже известного по прошлому опыту. Выделяют *сукцессивное и симультантное узнавание.* При сукцессивном узнавании происходит опознание при помощи выдвижения и перебора гипотез, когда после чувства знакомости возникает полное опознание предмета или явления. При симультантном (мгновенном) этот процесс единовременен. Из расстройств узнавания выделяется *соматоагнозии, нарушения узнавания знакомых людей и окружающей знакомой обстановки.*

СОМАТОАГНОЗИЯ — расстройство узнавания частей собственного тела.

Как правило, срматоагнозия встречается при неврологических заболеваниях и поражении определенных участков и областей коры больших полушарий головного мозга. Выделяют следующие формы соматагнозии: *пальцевую аутотопагнозию* (утрата способности узнавать и показывать пальцы на своей руке и руке другого человека при поражении левой теменной доли); *аутотопагнозию позы* (при поражении верхне-теменной области левого полушария), *аутотопагнозию половины тела* (при поражении верхне-теменных структур) *и нарушение ориентировки в правом-левом* (при поражении левой теменной доли у правшей).

Б.В.Зейгарник выделяет, наряду с перечисленными агнозиями, *псевдоагнозии* при деменции, которые выявляются у больных при экспозиции силуэтных и пунктирных картинок. Появление феномена псевдоагнозий связано с выпадением и расстройством смысловых компонентов, которые приводят к патологии ортоскопичес-кого восприятия.

В круг расстройств, при которых нарушается опознание знакомых людей, включается *симптом Фреголи и синдром Капгра,* которые можно считать смешанными по генезу, поскольку, наряду с изменениями восприятия, важными при их формировании являются мыслительные нарушения.

Симптом ФРЕГОЛИ — нарушение узнавания окружающих больного лиц, вследствие быстрого намеренного изменения ими внешности.

Синдром КАПГРА — нарушение узнавания и идентификации знакомых людей с наличием убежденности в том, что окружающие являются двойниками, близнецами знакомых людей или загримированными под них. Описано четыре формы синдрома:

а) иллюзорная форма ложного узнавания;

б) бредовая форма;

в) иллюзорно-бредовая;

г) ложные узнавания с бредом и сенсорными расстройствами.

В геронтологической клинике нередки нарушения узнавания собственного изображения в зеркале *(симптом зеркала).*

Из расстройств, затрагивающих восприятие собственного тела или его частей, выделяется группа *деперсонализационных расстройств.* К расстройствам восприятия позволительно относить только те, которые не сопровождаются патологическими бредовыми идеями и по отношению к которым пациенты полностью или частично критичны.

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ — искаженное восприятие собственной личности в целом, отдельных качеств, а также частей тела.

Деперсонализацию (аутометаморфопсию) разделяют на парциальную и тотальную. При парциальной происходит нарушение вос-

приятия отдельных частей тела, при'тотальной — всего тела. Разновидностью аутометаморфопсии является *синдром Алисы в стране чудес* Он характеризуется сочетанием деперсонализационных расстройств с явлениями дереализации в виде искажения представлений о пространстве и времени, зрительными иллюзиями, чувством раздвоения личности. Возможно как пароксизмальное возникновение нарушений восприятия в виде удлинения, укорочения, отрыва конечностей, так и микро-, макропсии.

Вот как описаны переживания Алисы в стране чудес: «Все страньше и страньше! — вскричала Алиса. От изумления она совсем забыла, как нужно говорить. — А теперь раздвигаюсь, словно подзорная труба. Прощайте, ноги! (В эту минуту она как раз взглянула на ноги и увидела, как стремительно они уносятся вниз. Еще мгновение — и они скроются из виду).

— Бедные мои ножки! Кто же вас будет теперь обувать? Кто натянет на вас чулки и башмаки? Мне до вас теперь, мои милые, не достать. Мы будем так далеки друг от друга, что мне будет совсем не до вас... Придет-сявам обходиться без меня. Тут она призадумалась.

— Все-таки надо быть с ними поласковее, — сказала она про себя. — А то еще возьмут и пойдут не в ту сторону. Ну, ладно! На рождество буду присылать им в подарок новые ботинки. И она принялась строить планы. — Придется отправлять их с посыльным, — думала она. — Вот будет смешно! Подарки собственным ногам! И адрес какой странный!

«Каминный Коврик (что возле Каминной Решетки)

Госпоже Правой Ноге —

С приветом от Алисы».

— Ну что за вздор я несу!

В эту минуту она ударилась головой о потолок: ведь она вытянулась футов до девяти, не меньше...

Увы! было уже поздно; она все росла и росла. Пришлось ей встать на колени — а через минуту и этого оказалось мало. Она легла, согнув одну руку в локте (рука дошла до самой двери), а другой обхватив голову. Через минуту ей снова стало тесно — она продолжала расти. Пришлось ей выставить одну руку в окно, а одну ногу засунуть в дымоход.

Дальше расти было некуда».

Нередкими в клинике неврологических и психических заболеваний являются *нарушения восприятия времени.* Выделяется несколько нарушений восприятия времени (Н.Н.Брагина и Т.А.Доброхотова):

«Остановка времени». Мгновенное ощущение того, будто время «остановилось». Это ощущение обычно сочетается с крайним вариантом проявления дереализации. Цвета в восприятии больного становятся тусклыми; объемные, трехмерные предметы — плоскими,

двухмерными. Больной при этом воспринимает себя будто утерявшим связи с внешним миром, окружающими людьми.

«Растягивание времени», В ощущениях больного время переживается как «растягивающееся», более долгое, чем привычно ему по прошлому опыту. Это ощущение иногда сочетается с противоположными (по сравнению с предыдущим феноменом) изменениями восприятия всего мира. Плоское, двухмерное представляется объемным, трехмерным, «живым, движущимся», а серо-белое — цветным. Больной обычно становится расслабленным, благодушным или эйфоричным.

«Утрата чувства времени». Ощущение, раскрываемое больным в других выражениях: «времени будто бы нет», «освободился от гнета времени». Этому всегда сопутствует измененное

восприятие всего мира. Предметы и люди (кажутся более контрастными, в эмоциональном восприятии больных — «более приятными».

«Замедление времени». Ощущение, будто время «течет более медленно». Восприятие всего мира, движений людей и предметов из-меняется. Люди представляются «кукольными, неживыми», их речь — «казенной». Больные называют время «замедленным» на основании того, что движения людей воспринимаются замедленными, их лица — «угрюмыми».

«Ускорение времени». Ощущение, противоположное предыдущему. Больному время представляется текущим более быстро, чем было ему привычно по прошлым восприятиям. В восприятии больного измененным воспринимается весь окружающий мир и собственное «Я». Мир будто «неестественен», «нереален», люди воспринимаются как «суетливые», очень быстро движущиеся. Хуже, чем в обычном состоянии, чувствуют свое тело. С ошибками определяют время суток и длительность событий.

«Обратное течение времени». Ощущение, уточняемое больными в следующих выражениях: «Время течет вниз», «время идет в обратном направлении», «я иду назад во времени». Измененным воспринимается окружающий мир и собственное «Я» больного. Интересна грубая ошибочность воспроизведения давности уже пережитых событий; секунду — минуту назад состоявшиеся события воспринимаются как бывшие «давным-давно».

Как правило, перечисленные расстройства восприятия времени встречаются при поражении правого полушария головного мозга различного генеза.

Внимание

Под познавательным процессом, обозначаемым **вниманием** понимается направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте или виде деятельности. Внимание характеризуют также, как процесс сознательного или бессознательного отбора одной информации, поступающей через органы чувств при одновременном игнорировании другой.

Как правило, функция внимания существенно страдает при любом соматическим заболевании, а также имеет свои особенности при психической патологии. Его значимость для клинической психологии оказывается повышенной в случаях оценки психологии лечебного процесса, когда профессиональному росту способствует развитие качеств сосредоточенности и направленности на диагностическую деятельность врача или психолога.

В соответствии с характером подкрепления процесса внимания волевой деятельностью выделяют *непроизвольное и произвольное внимание.* Их различие заключается в степени контролирования человеком процессов внимания. Непроизвольное внимание складывается стихийно, т.е. направленность и сосредоточенность на объекте или виде деятельности диктуется объектом и текущими состояниями субъекта. В то время, как в механизмах произвольного внимания существенную роль играют общие навыки и умения к сосредоточенности, формирующиеся в процессе обучения.

На процесс внимания существенное влияние оказывают три фактора: 1) тип высшей нервной деятельности — темперамент; 2) навыки и умения в данной сфере и 3) заинтересованность человека в той или иной деятельности (аффективная вовлеченность), требующей сосредоточенности.

Внимание обладает пятью основными свойствами: *устойчивостью, сосредоточенностью, переключаемостью, распределением и объемом.*

Под *устойчивостью* внимания понимается способность в течение длительного времени сохранять состояние внимания на каком-либо объекте, предмете деятельности, не отвлекаясь и не ослабляя внимание. Это свойство в большей степени зависит от состояния высшей нервной деятельности, чем от иных факторов. Именно поэтому данное свойство может входить в структуры некоторых характерологических особенностей (в частности, эпилептоидной и паранойяльной акцентуаций характера). Тесная зависимость устойчивости внимания с

психофизиологическими процессами приводит к тому, что любое соматическое страдание, проявляющееся астеническими

симптомами (быстрой утомляемостью, гиперестезией, слабостью, вялостью), нарушает данное свойство внимания.

Сосредоточенностью внимания называют способность концентрировать внимание на одних объектах при игнорирование иных. Сосредоточенность внимания в меньшей степени, чем устойчивость связано с психофизиологическими процесса. Причиной большей или меньшей степени концентрации (сосредоточенности) кроются часто в мотивации. Деятельность человека, которая является значимой для него, интересует его способна привести к большей сосредоточенности, чем безразличная и не интересная. Вследствие этого можно говорить о том, что нарушение концентрации внимания также может быть связано с мотивацией.

Переключаемость внимания характеризует способность перевода сосредоточенности с одного объекта на другой без существенной потери свойства концентрации. В рамках этого свойства существенным оказывается скорость, с которой человек способен совершать переключение внимания. В клинической психологии данное качество повышенно значимо, к примеру, в хирургии, при оказании экстренной помощи. О свойстве переключаемости можно судить как по оценке произвольного, так и непроизвольного внимания. В структуре упоминавшихся ранее акцентуации характера (эпилептоидной и паранойяльной), устойчивость внимания часто сочетается с замедлением процесса переключаемости.

Способность рассредоточить внимание на значительном числе предметов или деятельности, параллельно с одинаковой сосредоточенностью выполнять несколько видов деятельности называется *распределением* внимания. Данное свойство существенно при работе, в которой требуется одновременный контроль за большим числом процессов. В клинической психологии подобной способностью обязаны обладать врачи и средний медицинский персонал, поскольку им одновременно приходится иметь дело с несколькими пациентами. На распределение внимания влияет утомление.

Под *объемом* внимания понимают количество информации, которая одновременно способна сохраняться в сфере внимания человека. Подсчитано, что средний объем внимания человека составляет 5-7 единиц информации.

Из патологических проявлений процесса внимания следует указать на такие, как *неустойчивость, недостаточная концентрация, нарушение распределения, замедленность переключения, рассеянность.*

На уровне клинических проявлений в детской практике выделяется *синдром дефицита внимания.* В него включаются следующие клинические признаки:

1. Беспокойные движения в кистях и стопах (сидя на стуле, корчатся, «извиваются»).
2. Невозможность спокойно сидеть на месте, когда это требуется.
3. Легкая отвлекаемость на посторонние стимулы.
4. Нетерпеливость (с трудом дожидается своей очереди во время игр и в различных ситуациях в коллективе).
5. Склонность отвечать не задумываясь, не выслушав до конца вопроса.
6. Сложности при выполнении предложенных заданий (не связанные с недостаточным пониманием или негативным поведением).
7. Сложности сохранения внимание при выполнении заданий или во время игр.
8. Частый переход от одного незавершенного действия к другому.
9. Невозможность играть тихо и спокойно.
10. Болтливость.

11. Склонность мешать другим, «приставать» к окружающим (например, вмешиваться в игры других детей).

12. Внешние проявления несосредоточенности на обращенную к человеку речи.

13. Склонность терять вещи необходимые в школе и дома (например, игрушки, карандаши, книги и т.д.).

14. Частое совершение опасных действий (недоучет последствиях). При этом не ищет приключений или острых ощущений (например, перебегает улицу, не оглядываясь по сторонам.

Учитывая тот факт, что выделение внимания в самостоятельный познавательный процесс многими учеными ставится под сомнение среди психопатологических и патопсихологических проявлений симптомы и синдромы нарушения внимания представлены достаточно скудно.

Память

Одним из наиболее значимых для клинической психологии познавательным процессом является *мнестический процесс — память.* **Память —** это форма психического отражения действительности, заключающаяся в запоминании, удерживании, воспроизведении и забывании информации. Она тесно связана с процессом внимания и лежит в основе способностей человека, позволяя воспроизводить жизненный опыт, извлекать из него важные для дальнейшей жизни параметры и на основании их планировать свои действия и прогнозировать результативность. Кроме того, патопсихологические мнестические нарушения лежат в основе многих психических заболеваний — от органических до психогенных.

У человека выделяют *произвольную и непроизвольную; опосредованную и логическую; зрительную, слуховую, обонятельную, двигательную, вкусовую и осязательную, долговременную и оперативную* память. Различие их базируется на волевой регуляции мнестического процесса, использования различных способов для запоминания информации, канала получения информации для запоминания и длительности ее хранения.

Учитывая клиническую направленность освещения функционирования мнестического процесса, остановимся подробнее лишь на процессах, которые, в первую очередь, склонны нарушаться при возникновении соматической или психической патологии.

Под *запоминанием* понимается процесс запечатления информации, протекающий как в произвольной, так и в непроизвольной формах. Произвольное запоминание характеризуется наличием мне-стической задачи, при непроизвольном — такой задачи нет. Запоминание осуществляется либо путем повторения, либо путем мгновенного запечатления.

Использование запечатленной информации осуществляется путем ее восстановления. Одной из форм подобного восстановления является узнавание, осуществляемое в условиях повторного восприятия информации. Таким образом, при узнавании происходит активизация как собственно мнестического процесса, так и процесса восприятия (о котором писалось выше). *Воспроизведение* информации в отличии от узнавания осуществляется без повторного восприятия информации. Человек произвольно или непроизвольно может восстанавливать в памяти и воспроизводить полученную им ранее информацию. При различных психических состояниях по-разному и в отдельности может нарушаться как запоминание, так и воспроизведение.

Следующими мнестическими процессами являются *хранение информации и ее забывание.* Следует отметить, что они также как запоминание и воспроизведение могут нарушать изолированно при некоторых психопатологических состояниях. *Хранением* называется мне-стический процесс длительного удержания в памяти информации. Особым мнестическим процессом, значимым для клинической психиатрической практики, считается процесс *забывания,* целью которого является утрата четкости или уменьшение объема закрепленного в памяти материала в сочетании в невозможностью его воспроизвести, а в некоторых случаях узнать известную информацию. Считается, что забыванию, в первую очередь, подвержена та информация, которая в не играет существенной роли в дальнейшей деятельности человека.

Из законов памяти выделяют: *эффект Зейгарник* — незавершенные действия запоминаются лучше завершенных; *кривую забывания Эббингауза* — забывание особенно интенсивно происходит непосредственно после заучивания и не имеет линейной зависимости. Г.Эббингауз описал также ряд закономерностей запоминания:

- простые события в жизни, сопровождающиеся сильным переживаниями (оказывающими впечатление) запоминаются быстрее, сохраняются прочнее и дольше.
- сложные, но менее интересные события (эмоционально нейтральные) запоминаются хуже эмоциональной значимых.

, • лучшему процессу запоминания и воспроизведения способствует повышенная концентрация и сосредоточенность внимания на информации.

- между точностью воспроизведения и уверенностью в этой точности не всегда существует однозначная связь.
- при запоминании длинного ряда лучше всего по памяти воспроизводится его начало и конец *{«эффект края»),*
- для ассоциативной связи впечатлений и их воспроизведения важным является, составляют ли они логически связанное целое или представляют собой разрозненные элементы.
- редкие, странные, необычные впечатления запоминаются лучше, чем привычные, банальные.

Патологические изменения памяти являются типичными для экзогенно-органических психических нарушений, т.е. их появление после черепно-мозговых травм, сосудистого, инфекционного заболевания головного мозга, нейроинтоксикаций является закономерным. В то же время, расстройства памяти не являются патогномо-ничными для шизофрении и иных эндогенных психических расстройств.

Выделяют следующие расстройства памяти:

АМНЕЗИИ — расстройство памяти в виде нарушения способности запоминать, хранить и воспроизводить информацию.

Как видно из определения амнезии, все три мнестических процесса могут нарушаться в рамках амнестических расстройств. При нарушении процесса запоминания возникает *фиксационная амнезия,* разновидностью которой является *перфорационная амнезия.* Фиксационная амнезия характеризуется нарушением запечатления получаемой человеком информации, резко ускоренным процессом забывания. При перфорационной — информация фиксируются частично, часть ее не запечатлевается. Иногда подобное нарушение называют *палимпсестами* (утратой способности воспроизводить отдельные детали,, эпизоды, подробности, относящиеся к периоду интоксикации).

Нарушение процесса хранения и воспроизведения приводит к появлению «провалов памяти» — *ретроградной, антероградной, ретроантероградной амнезии* (рисунок 5).

Под ретроградной амнезией понимается нарушение памяти, при котором невозможно воспроизведение информации, приобретенной до возникшего с пациентом эпизода нарушенного сознания. При антероградной амнезии трудности воспроизведения затрагивают время после эпизода нарушенного сознания. При антероретроградной — оба периода времени.

Нарушения памяти, наряду с тотальными, могут носить частичный характер. При снижении памяти говорят о *гипомнезии,* а при повышении памяти — *гипермнезии.* Данные расстройства часто формируются на базе эмоциональных нарушений. Гипомнезия сопровождает депрессивный спектр симптомов, а гипермнезия — маниакальный (например, эйфорию).

Наиболее типичными психопатологическими мнестическими расстройствами являются *парамнезии,* к которым относят:

КОНФАБУЛЯЦИИ — обманы памяти, при которых неспособность запечатлевать события и воспроизводить их приводит к воспроизведению вымышленных, не имевшие места событий.

ПСЕВДОРЕМИНИСЦЕНЦИИ — нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее (в крайнем своем выражении проявляется ЭКМНЕЗИЕЙ — *жизнью в прошлом»).

КРИПТОМНЕЗИИ — расстройства памяти, при которых больной присваивает чужие мысли, действия себе.

Среди законов формирования мнестических расстройств наиболее известным считается *закон Рибо,* в соответствии с которым нарушения (утрата) памяти (также как и ее восстановление) происходят в хронологическом порядке — вначале утрачивается память на наиболее сложные и недавние впечатления, затем — на старые. Восстановление происходит в обратном порядке.

В психиатрической клинике у больных после черепно-мозговых травм, опухолей головного мозги, гематом нередко встречается *Кор-саковский амнестический синдром,* который включает в себя фиксационную амнезию и парамнезии (конфабуляции, псевдореминисценции). Часто у больных с амнестическим синдромом нарушается ориентировка в месте и времени.

Мышление

Мышлением называется процесс опосредованного и обобщенного познания объективной реальности. Этот процесс в полной мере можно назвать высшим познавательным, поскольку именно мышление способствует порождению новых знаний, творчеству. С другой стороны, нарушения разнообразные мышления лежат в основе многочисленных психических расстройств.

Для того, чтобы быть правильным и способствовать получению верных знаний об объективной реальности, мышление должно отвечать таким параметрам как: *стройность, продуктивность, целенаправленность, темп (скорость).* Параметр стройности мышления (ассоциативного процесса) выражается в необходимости мыслить в_ v соответствии с логическими требованиями, а также грамматически корректно формулировать мысли. Под продуктивностью понимается требование мыслить так логично, чтобы ассоциативный процесс приводил к новым знаниям. Целенаправленность мышления диктует необходимость мыслить ради какой-либо реальной цели. Темпом мышления обозначается скорость протекания ассоциативного процесса, условно выражающаяся в количестве ассоциаций в единицу времени.

Выделяется несколько видов мышления: *наглядно-действенное, наглядно-образное, понятийное и образное.* Более простым и элементарным является наглядно-действенное мышление, наиболее ярко представленное у детей. При наглядно-действенном мышление познание реальности происходит в процессе взаимодействия человека с объектами и преобразования ситуации, т.е. в процессе действий. Извлекая опыт их данного взаимодействия человек формирует пред-ставление о предмете или явлении и может далее опосредованно и обобщенно познавать иные. Другим является наглядно-образный вид мышления. При нем познание объективной реальности происходит посредством преобразования образов восприятия в образы-представления. Более сложными являются понятийное и образное мышления, которые относят к теоретическим видам мышления. При понятийном виде мышления человек выполняет действия в уме (в отличие от наглядно-действенного и наглядно-образного видов мышления, нуждающихся в реальных объектах), используя ранее приобретенные понятия, суждения и умозаключения о реальном мире. Образное мышление отличается лишь тем, что человек манипулирует в уме не понятиями, суждениям и умозаключениями, а образами.

Немаловажными характеристиками мыслительного процесса являются мыслительные операции: *анализ, синтез, обобщение, конкретизация, абстрагирование.* Каждая из перечисленных операций способствует более глубокому проникновению в суть вещей, понимания внутренних связей, а значит более точному познанию реальности. Анализом называется мыслительная операция по расчленению предмета на составные элементы. Синтез — построение целого из аналитически заданных частей. При операции обобщения происходит мысленное выделение и фиксация устойчивых свойств предметов и явлений (абстрагирование) с дальнейшим

их соединением в определенный класс. Абстрагированием в отличие от обобщения обозначают только операцию выделения и фиксации устойчивых свойств предметов и явлений, которые в действительно не существуют. Под конкретизацией понимается мыслительная операция обратная обобщению, т.е. из общего определения понятия выводится суждение о принадлежности единичных вещей и явлений определенному классу.

Наряду с перечисленными выше видами и операциями мышления, выделяют мыслительные процессы: *понятие, суждение и умозаключение.* Понятием называют процесс выявления существенных признаков предметов или явлений, суждением — процесс сравнения двух или более понятий и формулирование на этом основании какой-либо мысли, умозаключением — вывод, базирующийся на серии логических действий. Умозаключение, как заключительный процесс, приводящий к новому знанию, может формироваться либо при помощи *индукции, либо дедукции.* При первом способе умозаключение делается исходя из последовательности общего суждения к частному, при втором — от частного к общему.

Б.В.Зейгарник разделяет все нарушения мышления на четыре группы: 1) нарушения операционной стороны мышления, 2) личностного компонента мышления, 3) динамики мыслительных процессов, 4) процесса саморегуляции познавательной деятельности. К нарушениям операционной стороны мышления относятся *снижение уровня обобщений и искажение процесса обобщения.* При снижении уровня обобщений оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами. Клинически это проявляется склонностью к конкретизацией мышления.

КОНКРЕТНОСТЬ — расстройство мышления, при котором утрачивается способность к абстрагированию.

В противоположность снижению уровня обобщений при искажении процесса обобщения происходит отрыв суждений человека от конкретных, частных, единичных связей. В суждениях отражаются лишь случайные и несущественные (латентные) признаки предметов или явлений. Процесс мышления представляет собой необоснованное теоретизирование по конкретным проблемам. Речь при этом становится вычурной, витиеватой. Клинически искажение процесса обобщения проявляется резонерством.

Нарушения личностного компонента мышления проявляются *разноплановостью мышления, снижением критичности и саморегуляции.* Происходит утрата целенаправленности мыслительного процесса.

К нарушениям динамики мыслительной деятельности относят *лабильность и инертность* мышления. При первом отмечается неустойчивость способа выполнения мыслительных операций, легкий переход от одного к другому; при втором — противоположные тенденции: тугоподвижность мышления, ригидность, трудности переключения.

Нарушения процесса саморегуляции познавательной деятельности выражается в невозможности целенаправленной организации мыслительных действий.

Учитывая тот факт, что мышление может нарушаться разнообразно, традиционно группировка расстройств мышления использует перечисленные выше параметры.

К расстройствам мышления по темпу относят: *ускорение и замедление мышления, ментизм, Шперрунг.*

УСКОРЕНИЕ мышления — увеличение количества ассоциаций в единицу времени.

«СКАЧКА ИДЕЙ» — максимальное увеличение количества ассоциаций в единицу времени (в речи проявляется ЛОГОРЕЕЙ).

ЗАМЕДЛЕНИЕ мышления — уменьшение (Количества ассоциаций в единицу времени (в речи проявляется БРАДИФАЗИЕЙ).

МЕНТИЗМ — «наплыв мыслей», «вихрь идей», увеличение количества ассоциаций в единицу времени, не сопровождающееся изменением речи больного, возникающее приступообразно и непроизвольно (разновидность ассоциативного автоматизма).

ШПЕРРУНГ — «закупорка мыслей», «обрыв мыслей», внезапная остановка, перерыв ассоциативного процесса.

К расстройствам мышления по стройности относят: *разорванность, соскальзывания, бессвязность, инкогеренцию и вербигерацию.*

РАЗОРВАННОСТЬ — расстройство мышления, при котором нарушается логическая связь в предложении при сохраненной грамматической (в речи проявляется ШИЗОФАЗИЕЙ).

СОСКАЛЬЗЫВАНИЕ — расстройство мышления (более «легкая» степень разорванности).

БЕССВЯЗНОСТЬ — расстройство мышления, при котором нарушается логическая и грамматическая связи в предложениях (в речи проявляется ПАРАЛОГИЕЙ и ПАРАФАЗИЕЙ).

ИНКОГЕРЕНЦИЯ — расстройство мышления, при котором нарушается связь между слогами в произносимых словах.

ВЕРБИГЕРАЦИЯ — расстройство мышления, при котором отмечается стереотипное повторение отдельных слов или слогов.

Нарушения целенаправленности мыслительного процесса встречаются при таких симптомах, как: *разноплановость, обстоятельность, резонерство, персеверации.*

РАЗНОПЛАНОВОСТЬ — расстройство мышления, при котором отмечается формирование суждений, исходя из разных принципов.

ОБСТОЯТЕЛЬНОСТЬ — расстройство мышления, при котором затрудняется образование новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих.

ПЕРСЕВЕРАЦИЯ — расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли, представления.

РЕЗОНЕРСТВО — «бесплодное мудрствование» (рассуждение ради рассуждения).

Расстройства мышления по продуктивности наиболее яркие и частые признаки психических заболеваний. К ним относятся *навязчивые, сверхценные (доминирующие) и бредовые идеи.*

НАВЯЗЧИВЫЕ ИДЕИ — мысли, представления, воспоминания, возникающие помимо воли больного при полной критической оценке чуждости и болезненности.

СВЕРХЦЕННЫЕ (ДОМИНИРУЮЩИЕ) ИДЕИ - идеи, возникающие в связи с реальной ситуацией, но в дальнейшем занимающие не соответствующее их действительному значению доминирующее положение в сознании больного, сопровождающиеся значительным эмоциональным напряжением и отсутствием критического отношения к ним.

БРЕДОВЫЕ ИДЕИ .— суждения и умозаключения, имеющие характер убежденности, возникающие на патологической основе и не поддающиеся коррекции (разубеждению) с отсутствием критического отношения к ним.

Выделяют две разновидности бредовых идей, различающихся механизмами формирования бреда: интерпретативный бред и образный бред. При первом патологические идеи (суждения и умозаключения) возникают в результате нарушений логики на всех этапах бредообразования; при втором — бред проистекает из расстройств восприятия (патологических образов и представлений).

Интеллект

Интеллектом в психологии называется система всех познавательных способностей индивида и, в частности, способность к познанию и решению проблем, определяющих успешность любой деятельности. Выделяется три формы интеллектуального поведения: 1) вербальный интеллект, включающий запас слов, эрудицию, умение понимать прочитанное; 2) способность решать

проблемы; 3) практический интеллект, составными частями которого являются умение адаптироваться к окружающей обстановке.

Для клинической психологии наиболее значимым считается практический интеллект, поскольку именно он в значительной степени может изменять поведение человека и нарушать адаптацию. В структуру практического интеллекта входят процессы адекватного восприятия и понимания происходящих событий, адекватной самооценки и способность рационально действовать в новой обстановке.

Интеллектуальная, как и некоторые иные, является более сложной сферой психической деятельности, включающей в себя некоторые познавательные процессы. Однако, интеллект нельзя считать лишь простой суммацией этих познавательных процессов. В частности, предпосылками интеллекта являются внимание и память, однако они ими не может исчерпываться понимание сущность интеллектуальной деятельности, также как интеллектуальная деятельность не может быть заменена мыслительной.

Выделяют три формы организации интеллекта: *здравый смысл, рассудок и разум***.** Они отражают различные способы познания объективной реальности в частности, в сфере, межличностных контактов и методы ее преобразования на основе полученных знаний. Под здравым смыслом подразумевают процесс адекватного отражения реальной действительности, базирующийся на анализе сущностных мотивов поведения окружающих людей и использующий рациональный способ мышления. Здравый смысл позволяет человеку избегать логических ошибок при оценке и интерпретации внешних ситуаций и в соответствии с этим выбирать наиболее адекватный способ взаимодействий с окружающими.

Рассудком обозначается процесс познания реальности и способ деятельности, основанный на использовании формализованных знаний, трактовок мотивов деятельности участников коммуникации. Разум — это высшая форма организации интеллекта, при которой мыслительный процесс способствует формированию теоретических

знаний и творческого преобразования действительности. По другому, разумом обозначается наивысшая ступень логичности, проявление «чистой» рациональности, отграниченной от каких бы то ни было моментов спонтанности, произвола, фантазии, интуитивных прозрений (Н.С.Автономова).

Интеллектуальное познание может использовать *рациональный и иррациональный* способы. Рациональное близко к научному подходу в оценке событий и явлений, т.е. оно требует применения формально-логических законов, выдвижения гипотез и их подтверждение. Иррациональное опирается в познании на неосознаваемые факторы, не имеет строго заданной последовательности и не требует использовать для доказательства истинности логических законов.

Тесно переплетаются с понятиями здравого смысла и разума т.н. *антиципационные способности.* Под ними понимается способности человека предвосхищать ход событий, прогнозировать вероятные исходы различных действий, планировать свою деятельность с целью избегания нежелательных последствий и переживаний и адаптации к окружению.

Немаловажной составляющей разума *является рефлексия* — процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний, а также создания представления об истинном отношении к субъекту со стороны окружающих.

Нарушения интеллекта, как правило, описывают на основании различной степени снижения способностей к решению проблем и задач, снижению мыслительных способностей. Нередко для оценки нарушений интеллекта используется оценка общих и специальных знаний и умений. Наиболее яркими симптомами и синдромами расстройств интеллектуальной деятельности являются признаки *деменции и умственной отсталости.*

ДЕМЕНЦИЯ — психопатологический синдром, включающий снижение интеллекта в силу нарушения высших корковых функций, памяти, внимания, мышления и проявляющийся нарушениями ориентировки, способности к обучению.

УМСТВЕННАЯ ОСТАЛОСТЬ — состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушениям способностей обеспечивающих общий уровень интеллектуальности (когнитивных, речевых, моторных и социальных).

Эмоции

Эмоциями называются психические процессы и состояния в форме непосредственного переживания действующих на индивида явлений и ситуаций. Возникновение эмоций происходит либо вследствие удовлетворения или неудовлетворения каких-либо потребностей человека, либо в связи с расхождением ожидаемых и реальных событий.

Эмоциональные переживания могут отличаться друг от друга в зависимости от *интенсивности, модальности, длительности, соответствия или несоответствия вызвавших их причин.* Под интенсивностью понимают степень выраженности, глубины переживания (от слабой до сильной). Модальностью называют спектр, доминирующую направленность переживания. Длительность характеризуется временной протяженностью переживания, скоростью возникновения и исчезновения.

Можно отметить несколько измерений эмоций: возбуждения-успокоения, разрядки-напряжения, удовольствия-неудовольствия, которые составляют определенные модальности: раздражения-гнева, радости, тревоги-страха, тоски и т.д.

Наряду с эмоциями, т.е. переживаниями, связанными с непосредственным отражением сложившихся отношений, выделяют глубокие и длительные переживания, связанные с определенным представлением о некотором объекте — *чувства.* В клинической психологии значимыми для оценки психического состояния пациентов оказываются как эмоции и чувства, так и *аффекты и страсти.* Аффектами называют особо выраженные эмоциональные состоянии человека, сопровождающиеся существенными изменениями в поведении. Страстью же обозначают своеобразный сплав эмоций, мотивов и чувств, сконцентрированных на определенном виде деятельности.

Аффекты являются потенциально опасными эмоциональными феноменами, поскольку могут приводить к дезорганизации поведения и немотивированным поступкам. Различают *физиологический и патологический аффект.* Существенным дифференциально-диагностическим признаком является наличие или отсутствие нарушений сознания. При физиологическом нарушения сознания отсутствуют, при патологическим — присутствуют, что предопределяет появление или не появление автоматизмов в двигательно-волевой сфере и амнезии вслед за прекращением аффекта. Патологический аффект возникает, как правило, после острой психической травмы. Он характеризуется сужением сознания по типу сумеречного расстрой-

ства, нарушениями ориентировки, чрезмерной жестикуляцией, речевой расторможенностью и психомоторным возбуждением. Заканчивается патологический аффект в отличие от физиологического достаточно остро появлением общей слабости, безразличием к происходящим событиям и глубоким сном. После пробуждения больной выглядит растерянным, не помнит, что с ним произошло, нередко подавлен.

Выделяют также такие разновидности аффективных реакций, как «реакцию смещенного аффекта» и негативистическую «реакцию назло». При реакции смещенного аффекта направленность реагирования не соответствует источнику, вызвавшему ее. К примеру, после скандала с мужем жена, не имея возможности отреагировать в силу семейных традиций, устраивает скандал случайно оказавшейся рядом дочери. При аффективной реакции «назло», которую называют также инфантильной, человек эмоционально реагирует не только назло, т.е. во вред человеку, который вызвал неприятные переживания, но и во вред себе («Вот заболею назло вам и умру» — говорит маленький сын родителям и выходит голый на улицу).

Наиболее сложным является оценка адекватности и неадекватности (патологичности) эмоционального переживания, отнесения его к норме или патологии. В связи с этим обратимся к понятию *стресса,* введенного Г.Селье. Стрессом называется неспецифический ответ организма на

любое предъявленное ему требование, в первую очередь, характеризующийся выраженными эмоциональными переживаниями (аффектами). Стресс может носить негативт ный характер *(дистресс),* приводящий к развитию патологии эмоций и позитивный, мобилизующий *(эустресс).* В клинической психологии большое значение придается стрессу, формирующемуся психологическим путем после психогенного воздействия, вслед за психотравмой. Психическая травма — это значимое для человека событие, вызывающее негативные эмоции вследствие того, что данное событие не способствует удовлетворению какой-либо потребности и часто оказывается неспрогнозированным.

Количество эмоциональных феноменов значительно превышает количество проявлений иных познавательных процессов. Остановимся лишь на наиболее ярких, распространенных и важных для оценки психологического состояния соматически и психических больных.

ДЕПРЕССИЯ (депрессивный синдром) — пониженное, мрачное настроение (тоска), сочетающееся с двигательной заторможенностью и замедлением ассоциативного процесса.

-139-

МАНИЯ (маниакальный синдром) — повышенное, радостное настроение (эйфория), сочетающаяся с двигательным возбуждением и ускорением ассоциативного процесса.

ЭЙФОРИЯ — повышенное, беззаботное, неадекватно веселое настроение.

ДИСФОРИЯ — злобно — гневливое настроение.

АПАТИЯ — состояние эмоционального безразличия, равнодушия к самому себе или окружающей обстановке.

СЛАБОДУШИЕ — эмоциональная гиперестезия.

ПАРАТИМИЯ — неадекватный аффект, количественно и качественно не соответствующий вызвавшей его причине.

СТРАХ — чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием конкретных угрожающих событий, действий (страх проецируется во вне — страх острых предметов, животных и т. д.),

ТРЕВОГА — чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий (тревога чаще не проецируется во вне — тревога за свое здоровье, за работу, за правильное выполнение действий и т. д.).

ТОСКА — тяжелое чувство напряжения, граничащее с болью, которое больные локализуют в области сердца (в отличие от тревоги сопровождается двигательной заторможенностью).

БЕСПОКОЙСТВО — чувство напряженного ожидания надвигающегося несчастья (бесфабульное, беспредметное).

ЧУВСТВО ПОТЕРИ ЧУВСТВ — мучительное чувство бесчувствия, переживание безвозвратной утраты возможности чувствования.

АМБИВАЛЕНТНОСТЬ — одновременное сосуществование противоположных чувств.

Немаловажным для клинической практики считается симптом *алекситимии* — затруднении или неспособности точно описать собственные эмоциональные переживания. При этом пациент для пытается объяснить свое состояние на примерах, сравнениях, однако адекватно сформулировать их не может.

Под *ангедонией* понимается утрата человеком чувства радости, удовольствия. Как правило, ангедония входит в структуру депрес-сивно-деперсонализационного синдрома. К числу повышенно значимых для эффективного проведения лечебного процесса относится такое эмоциональное переживание как *эмпатия* — способность человека точно распознать эмоциональное состояние собеседника и сопереживать ему. Эмпатию можно назвать эмоциональной отзывчивостью. При попытке описать ровное настроение нередко использу-

-140-

ют термин *синтонность;* при повышенной чувствительности, проявляющейся легкой ранимостью, говорят об *эмотивности.*

Особо следует остановиться на эмоциональных переживаниях, возникающих вследствие рассогласования прогноза и реальности. Суть их заключается в том, что человек часто ожидает от окружающих определенного стереотипа поведения. Он прогнозирует поступки людей и наделяет те или иные последствия характеристиками желательности и нежелательности. Ожидания (экспектации) однако не всегда оправдываются. Это происходит как вследствие мыслительных особенностей человека (в частности, использования каузальной атрибуции), так и потому, что потребность в удовлетворении какой-либо деятельности блокирует процесс адекватного прогнозирования.

Из эмоциональных переживаний, которые возникают вследствие нарушения экспектационного и антиципационного механизмов, выделяются *обида, разочарование, аффект недоумения, удивление* и некоторые иные. Считается, что наиболее яркими примерами формирования эмоциональных переживаний вследствие разнонаправленных способов прогнозирования являются обида и удивление. Удивление возникает в случаях, когда реальность превосходит ожидания («думал, что человек обманет, а он поступил благородно»); обида — при обратной закономерности («предполагал, что человек должен быть благодарен и ответить взаимностью, а он поступил неблагородно»).

Наиболее частым симптомом нарушения аффективной сферы в соматической и психиатрической клинике считается страх. Выделяют несколько сотен разновидностей страха, при этом о патологичности или физиологичности страхов говорится довольно условно, поскольку страхи могут являться адекватной, мобилизующей реакцией на реальную угрозу. По данным некоторых исследователи, у 40% людей отмечается страх змей, 31% — высоты, 21% — лечения у стоматолога, 15% — смерти. Многие люди даже не подозревают о наличии у них какой-либо разновидности страха до того, пока не столкнутся с соответствующей ситуацией. Например, страх высоты у многих сельских жителей впервые возникает в городе при выходе на балкон многоэтажного дома. Кроме того, детские страхи являются скорее правилом, чем исключением.

Для оценки степени патологичности страхов используют параметры *адекватности (обоснованности), интенсивности, длительности, степени контролируемости человеком чувства страха.* Под обоснованностью понимают соответствие выраженности страха степени

реальной опасности, исходящей из ситуации или от окружающих людей. Так, навязчивый страх умереть от падения кирпича на голову можно считать малообоснованным по сравнению со страхом умереть от иной травмы. Интенсивность и контролируемость определяются на основании дезорганизации деятельности и самочувствия человека, охваченного страхом, и способности преодолевать его. Длительность характеризуется продожительностью по времени. Если страх становится навязчивым, т.е. переживается пациентом часто, плохо контролируется и существенно нарушает самочувствие и деятельность человека, то он обозначается как *фобия.* Наиболее частой является *агорафобия* — страх открытых пространств и *клаустрофобия* — страх закрытых помещений. Данные разновидности фобий обусловлены навязчивым страхом, что с человеком именно в закрытых помещениях или открытых площадях может произойти что-то трагическое. Например, агорафобия может проявлять страхом перехода улиц, площадей, по которым движется поток машин или толпа людей. Страшит человека не само открытое пространство, а то, что он может потерять сознание, упасть в обморок и быть затоптанным людьми или сбитым машиной в бессознательном состоянии. Сутью клаустрофобии является страх, что нахождение в замкнутом или изолированном помещении (лифте, вагоне трамвая или салоне автобуса) также может оказаться серьезным препятствием для оказания человеку помощи в случае, к примеру, обморока.

Тяжело для человека переживаются так называемые *социофобии,* разнообразные навязчивые страхи, объединенные опасением осуждения человека со стороны окружающих (соцуума) за какие-либо действия: страх покраснеть при людях *(эрейтофобия),* страх не сдержать газы, страх рассмеяться в неподходящее время и в неподходящем месте. К *нозофобиям* относятся навязчивые страхи заболеть каким-либо заболеванием: *канцерофобия* (раком), *спидофобия* (СПИДом), *сифилофобия* (сифилисом), *лиссофобия* (страх сойти с ума).

Уникальную группу составляют так называемые *контрастные навязчивости,* сочетающие эмоциональные переживания и нарушения мотивации. При контрастных навязчивостях страх возникает по поводу возможных действий пациента, которые он может, но не желает совершить. Например, неожиданно возникающий навязчивая идея и страх молодого человека столкнуть собственную мать под колеса проезжающего поезда, несмотря на то, что он ее обожает. Или пароксизмально возникающий страх водителя врезаться на полном ходу в толпу ожидающих автобуса при явном осознании пагубности подобного действия и не желании его совершать.

-142-

Воля

Волевая сфера в рамках познавательных процессов представлена мотивационным аспектом. При этом существенным является оценка влияния мотивационных процессов и активности личности в познании действительности.

Для клинической психологии важны такие особенности волевой деятельности как: *целеустремленность, решительность и настойчивость,* которые могут выступать также в виде индивидуально-психологических особенностей.

Мотивацией называется процесс целенаправленной, организованной и устойчивой деятельности, направленный на удовлетворение потребностей. В мотивационной сферу выделяют несколько параметров: *широта, гибкость, и иерархизированность* (Р.С.Немов). Данные параметры характеризуют процесс мотивации с различных позиций, охватывая как качественное разнообразие, возможность ее изменяться, так и уровневое строение.

Наряду с мотивами и потребностями, которые могут выражаться в *желаниях и намерениях,* побудителем человеческой познавательной деятельности может быть и *интерес*. Именно данное моти-вационное состояние играет наиболее важную роль в приобретении новых знаний и отражении действительности.

Для клинической психологии значимым является факт тесной связи мотивации и активности с двигательными процессами. В связи с этим нередко волевая сфера обозначается как двигательно-волевая.

К нарушениям волевой деятельности относится большое количество симптомов и отклонений. Одним из наиболее важных является *нарушение структуры иерархии мотивов,* часто встречающееся в условиях психической болезни. Суть нарушения заключается в отклонении формирования иерархии мотивов от естественных и возрастных особенностей потребностей.

Другим нарушением считается *формирование патологических потребностей и мотивов* (Б.В.Зейгарник). В клинике данное нарушение проявляется такими симптомами, относящимися к *парабулиям: анорексия, булимия, дромомания, пиромания, клептомания, суицидальное поведение, дипсомания.*

АНОРЕКСИЯ — отсутствие аппетита, подавление желания есть.

БУЛИМИЯ — патологическое желание постоянно часто и много есть.

-141-

КЛЕПТОМАНИЯ — патологическое непреодолимое влечение воровать ненужные данному человеку предметы.

ПИРОМАНИЯ — патологическое непреодолимое влечение к поджогам.

ДИПСОМАНИЯ — патологическое непреодолимое влечение к запоям.

ДРОМОМАНИЯ — патологическое непреодолимое влечение к бродяжничеству.

Кроме перечисленных в детской клинике описаны синдромы патологического непреодолимого влечения выдергивать волосы *(три-хотилломания),* грызть и поедать ногти *(онихофагия),* считать окна в домах, ступени на лестницах *(арифмомания).*

Наряду с парабулиями, описаны такие расстройства двигательно-волевой сферы, как:

ГИПЕРБУЛИЯ — нарушение поведения в виде двигательной расторможенности (возбуждения).

ГИПОБУЛИЯ — нарушение поведения в виде двигательной заторможенности (ступора).

Одним из наиболее ярких клинических синдромов двигательно-волевой сферы считается *кататонический синдром.* Он включает в себя несколько симптомов:

СТЕРЕОТИПИИ — частое, ритмичное повторение одних и тех же движений,

ИМПУЛЬСИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ — внезапные, бессмысленные, нелепые акты без достаточной критической оценки.

НЕГАТИВИЗМ — проявление беспричинного отрицательного отношения ко всякому воздействия извне в виде отказа, сопротивления, противодействия.

ЭХОЛАЛИЯ, ЭХОПРАКСИЯ — повторение больным отдельных слов или действий, которые произносятся или производятся в его присутствии.

КАТАЛЕПСИЯ («симптом восковой гибкости»)- застывание больного в одной позе, возможность сохранять приданную позу в течение длительного времени.

Особой разновидностью патологических признаков со стороны волевой сферы является симптом *аутизма.* Он проявляется утратой больным потребности общаться с окружающими с формированием патологической замкнутости, отгороженности и нелюдимости.

Среди психопатологических симптомов выделяет симптом *автоматизмов.* Автоматизмы характеризуются самопроизвольным и неконтролируемым осуществлением ряда функции вне видимой связи с побудительными импульсами извне. Выделяют *амбулаторный, сомнамбулический, ассоциативный, сенестопатический, кинестетический* разновидности автоматизмов. Амбулаторным автоматизмом называется вариант сумеречного расстройства сознания у больных эпилепсией, при котором больной может совершать внешне упорядоченные и целенаправленные действия, о которых после эпилептического припадка полностью забывает. Сходные действия человек может производить при сомнамбулическом автоматизме, когда он находится либо в состоянии между сном и бодрствованием либо в гипнотическом трансе (сомнамбулической фазе). Более сложные и разнообразные автоматизмы встречаются при *синдроме психического автоматизма Кандинского-Кперамбо.* Он является патогномоничных признаком шизофрении и проявляется тремя видами автоматизмов: 1) ассоциативным, при котором человек ощущает, что его мышление и речь управляются извне и помимо его воли (клинически проявляется ментизмом я шперрунгами); 2) сенестопатическим, при котором ощущения в теле расцениваются как чуждые, навязанные, «сделанные» и 3) кинестетическим, при котором утрачивается ощущение контролируемости собственных движений и действий.

Сознание

Сознание — еще одна интегративная сфера психической деятельности, которая, наряду с волевой и интеллектуальной, выходит за рамки отдельного познавательное процесса. По определению, сознание есть высшая форма отражения действительности, способ отношения к объективным закономерностям. Считается, что сознание обладает такими характеристиками, как: *воображение и рефлексия.*

В прикладном аспекте сознание человека оценивается на основании *осознания им себя (собственной личности) — идентификации, осознания пространства и времени,* в котором в данный момент он существует. Характеристика патологии сознания исходит именно из данной характеристики.

Осознание человеком собственной личности (самосознание) является существенным признаком психической нормы. Многие психические заболевания могут нарушать процесс самосознания и приводить к тому, что человек осознает себя не тем, кем является в реальности или осознает себя множественным.

К.Ясперс противопоставлял сознание собственного «Я» предметному сознанию и выделил четыре формальных признака самосозна-

ния, нарушение которых является типичным для психической патологии: 1) чувство деятельности — осознание себя в качестве активного существа; 2) осознание собственного единства в каждый момент времени; 3) осознание собственной идентичности и 4) осознание того, что «Я» отлично от остального мира, от всего, что не является «Я».

Расстройства сознания разделяют на две группы: состояния *выключенного и расстроенного сознания.* К первым относят *обнубиляцию, сопор и кому,* различающиеся лишь выраженностью нарушения сознания (при коме сознание утрачивается полностью); ко вторым — *делирий, аменцию, онейроид и сумеречное расстройство сознания,* при которых, наряду с нарушением собственно созна ния и самосознания, отмечаются расстройства и других познавательных процессов (таблица 9).

Таблица 9 Дифференциально-диагностические критерии расстройств сознания

Клинические параметры	Длирий	Онейроид	Аменция	Сумеречное расстройство
Нарушения ориентировки	в месте, времени	в месте, времени и собственной личности (при истинном)	в месте, времени, собственной личности	в месте, времени

Преобладающие расстройства восприятия	яркие зрительные истинные гал-, люцинациии иллюзии	фантастические зрительные и слуховые псевдогаллюцинации	отрывочные слуховые истинные и псевдогаллюцинации	яркие зрительные и слуховые истинные галлюцинации
Преобладающие расстройства мышления	бредовые идеи преследования, отношения	фантастические бредовые идеи величия, воздействия	бессвязность, инкогеренция, отрывочные идеи преследования	бредовые идеи преследования

Преобладающие аффективные расстройства	тревога, страх	эйфория, благодушие, "зачарованность"	аффект недоумения, смена аффекта	дисфория

Продолжение таблицы 9

Клинические параметры	**Делирий**	**Онейроид**	**Аменцня**	**Сумеречное расстройство**
Расстройства памяти	амнезия отсутствует	гипомнезия	амнезия	амнезия
Длительность	часы	сутки	сутки, недели, минуты,	

			часы	
Выход из состояния	постепенный с рези-дуальными явлениями	постепенный	постепенный	резкий

Психологические феномены и патопсихологические синдромы при психических заболеваниях

Проявления разнообразных психических заболеваний представлены в нескольких видах: симптомах и синдромах расстройств, на основании которых производится клиническая или патопсихологическая диагностика болезненных проявлений, а также психологических феноменов, отражающих типичные изменения некоторых сфер психической познавательной деятельности. В связи с этим, можно говорить, с одной стороны, о патогаомоничньгх (определяющих диагноз болезни) и патопластических психопатологических и патопсихологических проявлениях; с другой, о психологических особенностях преморбида и изменений личности, связанных с текущем или прошедшим психическим заболеванием.

Психологические, патопсихологические и психопатологические особенности основных психических заболеваний могут затрагивать функционирование практически всех познавательных процессов и индивидуально-психологических параметров в целом. В данном разделе подробнее освещены нарушения и особенности функционирования отдельных сфер психической деятельности при наиболее часто встречающихся в практике клинического психолога психических расстройствах и заболеваниях — невротических и личностных расстройствах, шизофрении, органических и эпилептических психических расстройствах.

Невротические расстройства

Неврозами, или невротическими расстройствами в современной психологической и психиатрической литературе называют функциональные расстройства психической деятельности, возникающие как реакция на значимые психотравмирующие события (конфликты) и обусловленные несовершенством механизмов психологической защиты и антиципационной несостоятельностью. При неврозах выявляются разнообразные симптомы, затрагивающие нарушения практически всех познавательных процессов. Часть из них являются па-тогномоничными и определяющими развитие невротических расстройств, другая часть отражает изменения, обусловленные самой болезнью.

Внимание. Расстройства внимания не являются специфичными для невротических расстройств. Их появление связано с основные проявлениями болезни. Как правило, клинически и патопсихологи-чески можно заметить *нарушение концентрации и устойчивости внимания, быструю истощаемость и замедленность переключения внимания.* Клинически расстройства внимания проявляются рассеянностью, невозможностью сосредоточиться на какой-либо деятельности, быстрой утомляемостью. Нарушения внимания входят в структуру астенического синдрома, являющегося типичным проявлением невротических расстройств.

Память. Нарушения памяти являются одними из характерных и частых, но неспецифических проявлений при невротических расстройствах. Как правило, отмечаются нарушения механического запоминания. Другие нарушения памяти описываются лишь как сопутствующие. По мнению, А.М.Вейна и Б.И.Каменецкой, мнести-ческий дефект у больных неврозами связан с патологическими эмоциональными состояниями.

Патопсихологические исследования последних лет (В.Д.Менделевич, В.Т.Плещинская) указывают на тот факт, что наряду с нарушениями процесса запоминания, при неврозах страдают

и иные мнестические функции, в частности, воспроизведение и забывание, специфически изменяется соотношение непосредственной и опосредованной памяти. Клиническое исследование пациентов с различными формами невротических расстройств показывает, что для большинства обследованных больных события, вызывающие невроз оказываются неожиданными (неспрогнозированными). Анализ мнестических особенностей психической деятельности больных показывает, что у подавляющего большинства пациентов события, вы-

-148 -

зывающие невротические расстройства, часто идентичны тем, которые и ранее приводили пациентов либо к ситуационным невроти-черким реакциям либо сопровождались психосоматическими нарушениями. Парадоксальным оказывается тот факт, что, несмотря на то, что пациентам должен быть известен психотравмирующий характер событий на основании собственного прошлого опыта, они как и прежде исключают наиболее значимое и потенциально пси-хотравмирующее событие из вероятностного прогноза. Оно оказывается вновь неспрогнозированным.

Показательным в этом отношении может служить клиническое наблюдение за пациенткой Н., которая четырежды лечилась в отделении неврозов после однотипной психотравмы — измены супруга. Каждый раз после нормализации семейных взаимоотношений и гарантий со стороны мужа в том, что адюльтер не повторится, она вновь исключала из прогноза психотравмирующий (нежелательный) исход событий, не извлекая опыта из прежних однотипных ситуаций. Анализ случая больной Н. позволяет задаться вопросами о причинах незафиксированности в памяти и неизвлечения пациенткой необходимого опыта из прежних конфликтных ситуаций. Сами пациенты, описывая сходные феномены, указывают, как правило, на тот факт, что они «не помнили», как разрешались прежние конфликтные ситуации и что им предшествовало.

В качестве гипотезы нами было выдвинуто предположение о преобладании специфических особенностей мнестических процессов (характера запоминания) у больных неврозами, опосредованных антиципационными нарушениями. Ряд патопсихологических экспериментов, позволяющих оценить влияние особенностей организации антиципационной деятельности на организацию материала в памяти, подтвердил выдвинутую гипотезу. Изучению подвергался процесс непреднамеренного (непроизвольного) запоминания. Патопсихологический эксперимент по схеме, предложенной Б.Ф.Ломовым, включал в себя два эксперимента. В первом испытуемый должен был вынимать из урны пронумерованные шары, предварительно предсказывая номер каждого из них. При этом он знал, что в одной серии в урне находились 10 шаров, пронумерованных от 1 до 10, а в другой — 10 шаров, из которых 5 были пронумерованы «единицей», а остальные — по порядку от 2 до 6. Во втором эксперименте в задачу испытуемого входило предсказание выпадения грани игральной кости. В одной серии в его присутствии бросали тетраэдер, грани которого были пронумерованы от 1 до 4; в другой — куб, грани которого были пронумерованы соответственно 1, 1, 1, 2, 3,

-149-

4. Протоколировались результаты ряда предсказаний и ряда действительных результатов. Затем испытуемым предлагалось воспроизвести последовательность действительных исходов и собственных предсказаний.

Оказалось, что показатели непреднамеренного запоминания у больных неврозами отличаются от показателей психически здоровых лиц. По результатам первого эксперимента (с шарами) в условиях равновероятного исхода событий пациенты с неврозами примерно одинаково (соответственно 19,6% и 19,2%) воспроизводили как собственные предсказания, так и реальное выпадение шаров (в контрольной группе данные показатели оказались на уровне 29,2% и 22,8%). При неравновероятном исходе событий показатели больных и здоровых практически не различались. Вторая серия экспериментов с тетраэдром и кубом позволила выявить еще большие различия в группах (соответственно при равновероятном — 26,1% и 29,2% у больных при 41,3% и 36,8% у здоровых; при неравновероятном - 35,5% и 32,4% и 52,5% и 35,6%)..

Исследование нарушений мнестических процессов при невротических расстройствам указывают на два важных вывода. Первый заключается в том, что у больных неврозами нарушен процесс непреднамеренного запоминания житейских событий. Данное нарушение проявляется в

снижении способности запоминать как собственные прогнозы развития ситуаций, так и их фактический ход. Второй вывод указывает на то, что у больных неврозами не обнаруживается столь явной для здоровых тенденции к более полному запоминанию рядов собственных предсказаний по сравнению с рядами действительных событий. Особенно ярко это представлено при равновероятных прогнозах.

Особый интерес представляет факт примерно равного непреднамеренного запоминания собственных прогнозов и действительных событий. Можно допустить две трактовки полученного результата, либо данный мнестический феномен базируется на повышении удельного веса запоминания реальных исходов событий, либо на уменьшении запоминания собственных прогнозов. Данные клинических наблюдений убеждают в том, что второй путь более убедителен — пациенты пропорционально больше, чем здоровые запоминают действительные (реальные) события по сравнению с прогнозируемыми. На этот процесс оказывает влияние и то, что воспоминания носят интенсивный негативный эмоциональный оттенок. В этом состоит сущность невротической «фиксации на препятствии». Т.е. можно отметить специфическую для пациентов «селекцию воспринимае-

мой информации» в сторону запоминания невротизирующей реальности, особенно в условиях, когда прогнозирование развития ситуации не совпадает с реальностью. Однако, кататимный механизм не является ведущим в становлении выявленного мнестического феномена. Более адекватной представляется трактовка относительного увеличения непреднамеренного запоминания реальных событий, базирующаяся на нарушении антиципационных процессов. Известно, что эффективность воспроизведения предсказаний зависит от того, подтверждалось или не подтверждалось предсказание, а подтвержденные предсказания у здоровых составляют большую часть воспроизводимого материала. Учитывая тот факт, что у пациентов, страдающих неврозами, расхождение прогнозов с реальностью носит сущностный характер, запоминание собственных предсказаний блокируется их ошибочностью (неэффективностью прогнозирования). Вследствие этого, больной непреднамеренно больше запоминает фактов из действительного развития ситуаций, и у него не происходит адекватного запечатления последовательности событий, что и в дальнейшем не способствует формированию адекватной антиципационной модели будущего.

Мышление. Качественные расстройства мышления не являются специфичными для невротических расстройств. Ассоциативный процесс остается, в целом, логически выверенным. При невротической депрессии отмечается замедление мышления; при ананкастических невротических проявлениях появляются обсессии — навязчивые мысли, воспоминания.

Интеллект. На роль интеллекта в генезе неврозов указывают H.J.Eysenck и S.Rachman. Эти авторы на основании экспериментально-психологических исследований рассматривали вопрос о значении уровня интеллекта в развитии неврозов. Для больных неврозами кривая распределения интеллекта, по результатам исследований H.J.Eysenck и S.Rachman оказалась более пологой, чем у здоровых. Иными словами, в группе больных неврозами было гораздо меньше лиц со средним интеллектом, чем в контрольной группе, и на оба крайних отрезка приходился больший процент лиц, страдавших неврозами, чем в контрольной группе. Эти важные данные позволили исследователям сделать вывод о том, что у людей со средним интеллектом невроз развивается реже, чем у отклоняющихся от среднего уровня в сторону более высокого и более низкого интеллекта.

Отечественные исследователи, занимавшиеся изучением значения уровня интеллекта и мыслительных способностей для возникновения невротических расстройств, отмечали важность когнитивных механизмов для неврозогенеза. Ф.Б.Березин писал о том, что повышение вероятности возникновения интрапсихических конфликтов при выраженных изменениях в системе человек-среда связано не только с мотивационными, но и с информационными процессами. По его мнению, в необычной среде важное значение приобретает когнитивная (познавательная, связанная с анализом и сопоставлением информации) оценка ситуации и реакция индивидуума на эту оценку. Установление роли когнитивных элементов в развитии стресса позволило утверждать, что истинный медиатор общего адаптационного синдрома по своей природе когнитивен. Несоответствие между когнитивными элементами (когнитивный диссонанс

— по L.Festinger) влечет за собой возрастание напряженности тем большее, чем более значимо для индивидуума это несоответствие.

Квалификация роли интеллекта в психической травматизации представлена в работах Г.К.Ушакова, который поддерживает точку зрения о том, что «принятое положение о том, что ведущим, а подчас и единственным дефектом психики лиц, у которых отмечается склонность к возникновению пограничных нервно-психических расстройств является недостаточность их аффективно-волевой сферы, все больше и больше подвергается пересмотру».

Г.К.Ушаков выдвигал следующее теоретическое обоснование вышеприведенному мнению: «Если принять традиционную установку: психическая травма действует на эмоционально-волевую сферу, вызывая пограничное состояние, то необходимо, во-первых, занимать одностороннюю позицию в анализе психического и личности, а во-вторых, односторонне оценивать содержание и структуру составляющих элементов «ситуации» (обстоятельств жизни). Последняя никогда не адресуется к психике только по каналам, поставляющим эмоционально-волевую информацию. Ситуация всегда сложно преобразуется и в рассудочной деятельности человека. А в таком случае само содержание и качества целостной реакции на ситуацию во многом определяются возможностями полной и адекватной оценки ее индивидуумом».

По мнению S.Bach, интеллектуальная сфера и познавательные процессы невротиков характеризуются рядом особенностей, к которым можно отнести общую низкую способность к обучению и усвоению нового. Кроме вышеперечисленных позиций хорошо известно, что E.Bleuler в свое время воспользовался понятием «отно-

сительное слабоумие» для обозначения практической беспомощности невротиков и психопатов при формальном отсутствии у них расстройств мышления и интеллекта. При этом он подчеркивал контраст между формально высоким интеллектом и беспомощностью в решении практических жизненных задач, связанной с невозможностью всесторонней оценки обыденных явлений. Т.е. можно говорить, что интеллектуальная деятельность в сфере обыденных отношений, основанная на здравом смысле и разуме препятствует формированию невротических расстройств, тогда как противоположные ее основания способствуют возникновению неврозов.

Особо отметим роль антиципационных способностей, входящих в структуру т.н. коммуникативных способностей человека. Этиопа-тогенез невротических расстройств в соответствии с антиципацион-ной концепцией неврозогенеза (В.Д.Менделевич) неразрывно связан с антиципационными процессами. Неврозогенез видится как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях, что обусловлено преморбидными особенностями «потенциального невротика», условно названными антиципационной несостоятельностью. Личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные. В связи с этим, попадая в неспрогнозированную, неблагоприятную и вытесненную в связи с этим из «ситуационного сценария» жизненную коллизию, человек оказывается в цейтноте времени для применения совладающего поведения.

И даже, если система психологической компенсации у него функционировала нормально, то в условиях расхождения прогноза и при крайней выраженности эмоциональных переживаний (обиды, разочарования, недоумения), связанных с этой прогностической ошибкой, человек может не использовать потенциальных возможностей к совладанию с ситуацией и заболеет неврозом. Адаптивное значение для преодоления трудных жизненных ситуаций имеют такие стратегии как «антиципирующее совладание» и «предвосхищающая печаль»; которым для большей продуктивности должен быть предоставлен определенный промежуток времени. По мнению А.В. Брушлинского, имеется отчетливая связь саморегуляции и предвосхищающих форм мышления.

Выделение антиципационных способностей в структуре интеллекта в приведенной выше интерпретации не является традицион-

ным. Даже о прогностических способностях как психофизиологических характеристиках имеются в литературе лишь отдельные упоминания, что связано, в первую очередь, с

рассмотрением процессов вероятностного прогнозирования, как правило, с позиций психофизиологии. Однако, клинические сравнения и результаты патопсихологических экспериментов больных неврозами и «неврозоус-тойчивых личностей» дают основание с большей уверенностью говорить о психосоциальных корнях антиципационных способностей коммуникативного уровня.

Известно, что на уровне животного мира прогрессивная эволюция возможна только в том случае, если животные имеют возможность подготовиться к предстоящим событиям. Сходное предположения можно также признать верными и в случае с человеческой личностью: развитие в процессе социализации человека антиципационных способностей эволюционно обусловлено. Оно направлено на упреждение запредельных для психики переживаний, на более полноценную и качественную адаптацию личности к социуму.

Эмоции. Эмоциональные расстройства являются основными в квалифицировании тех или иных форм невротических расстройств. Из аффективных симптомов и синдромов наиболее часто отмечаются депрессия, астения и слабодушие, страхи и фобии, ангедония, тоска и тревога. Эмоциональные феномены представлены обидой, разочарованием, аффектом недоумения, гневом.

Воля и мотивация. Потребностно-мотивационный аспект изучения неврозогенеза и клиники невротических расстройств, как известно, был присущ фрейдизму. S.Freud отстаивал точку зрения о биологичности, конституциональности характера потребности (в его представлении — сексуальной), блокирование которой в условиях общественной жизни с морально-нравственными регламентациями и фатальностью приводит личность к неврозу. Ученики и последователи S.Freud несколько отошли от представлений своего учителя. Так, K.Horney на основе эмпирического анализа собственной психотерапевтической практики описала десять «невротических» потребностей. Их «аномальность» заключена как в их содержательной противоречивости, так и в формальных характеристиках структуры и способов реализации: навязчивой компульсивности, низкой степени осознанности и подконтрольности, а также присущей всей системе невротических потребностей принципиальной ненасыщаемости. Не перечисляя все десять потребностей, отметим лишь некоторые из них:

- потребность в любви и одобрении; особенностью реализации этой потребности невротиком является ее «всеядность» в отношении объекта любви — желание быть любимым всеми и каждым, а в сущности, полное безразличие к партнеру, рассматриваемому как «вещь» или «товар» (E.Fromm);

- потребность в поддержке, стремление иметь сильного и опекающего партнера, который избавит от страха покинутости и одиночества. Невротик никогда не уверен, что его действительно любят, и всегда стремится «заработать» любовь, как в детстве послушный ребенок примерным поведением стремится заслужить родительскую похвалу. Отсюда повышенная зависимость от объекта любви и превентивное «бегство» в независимость;

- потребность властвования, доминирования, лидерства может распространяться на все сферы жизни независимо от того, обладает ли человек достаточной компетентностью для достижения первенства. Отсюда сосуществование противоположных тенденций: постоянного стремления «все выше, и выше, и выше...» и чувства неуверенности в себе, желание властвовать, но при этом отказ от принятия на себя ответственности за бремя власти;

- потребность в публичном восхищении, признании, которые становятся мерилами самоценности.

По данным EJ.Phares, K.C.Wilson, N.M.Klyver подтверждается преобладание у невротика «внешнего локуса контроля», «полезави-симости», а также феноменов «внешней мотивированности» во всех сферах жизни. Это свидетельствует о том, что невротическая структура потребностей определяет и другие формально-стилистические особенности личности. Невротики чрезвычайно зависимы от мнений и оценок значимых других, конформны в отношении общепринятых традиций и авторитетов (H.A.Witkin); повышенно тревожны и уязвимы в ситуации неуспеха, даже в случае успеха избирают стратегию низких или средних целей, так как успех приписывают не собственным способностям, а везению (A-Beck). Неспособность влиять на ход событий делает таких людей легко подверженными депрессии; Я-концепция характеризуется

полярными качествами — ригидностью или нестабильностью образа Я и самооценок, низким уровнем самоуважения и самоприятия.

По мнению Е.Т.Соколовой существует еще две важные особенности невротических потребностей. Первая из них связана с общей направленностью личности невротика — его эгоцентризмом и «потребительской» ориентацией. «Если обладание составляет основу моего самосознания, ибо «я — это то, что я имею», то желание иметь должно привести к стремлению иметь все больше и больше» — писал E.Fromm. И далее:»...алчному всегда чего-то не хватает, он никогда не будет чувствовать полного «удовлетворения»... алчность ...не имеет предела насыщения, поскольку утоление такой алчности не устраняет внутренней пустоты, скуки, одиночества и депрессии». Иными словами, потребности невротика не обладают устойчивой опредмеченностью, а следовательно, существуют скорее в форме навязчивого влечения, чем социально опосредованного зрелого мотива.

Другая особенность потребностей (открывающаяся, как правило, только в процессе психотерапии или проективного исследования), по мнению Е.Т.Соколовой, состоит в их удивительной способности к трансформации, защитной мимикрии. Угроза фрустрации или нежелательных социальных санкций, или сложившимуся образу Я порождает «реактивные образования» — потребности — «перевертыши». Так, фрустрированная потребность в любви может выступить в сознании в виде прямо противоположного чувства — враждебности, отвержения.

В мотивационном аспекте существенным для познания процессов неврозогенеза может считаться понятие А.Н.Леонтьева об «одно-или многовершинности» мотивационной сферы. Так, «одновершинность» мотивационной сферы в сочетании с узостью содержания ведущей деятельности может в некоторых случаях привести при тяжелом заболевании к ипохондрическому развитию личности, создать сложности при построении системы замещающей деятельности. В то же время многовершинность мотивационной сферы создает большие возможности для замещения, построения новой ведущей деятельности. Вместе с тем иногда наблюдается и такое явление: при условии неполного осознания болезни широта, многовершинность мотивационной сферы несет в себе опасность некритического отношения к своему состоянию. Некритичность не позволяет заболевшему человеку овладеть своими многочисленными побуждениями, «пожертвовать» некоторыми из них. Таким образом, возникает проблема формирования контроля за своим поведением, проблема формирования опосредования.

В потребностно-мотивационный аспект проблемы невротических расстройств позволительно включить и исследования В.С.Ротенберга и В.ВАршавского по оценке роли так называемой поисковой активности, отражающей определенные волевые качества человека, в патогенезе невротических и психосоматических расстройств. Выдвинутая авторами концепция поисковой активности включает в себя и анализ невротически измененной поисковой активности, причем невроз понимается авторами как следствие неразрешенного интрап-сихического мотивационного конфликта при недостаточной эффективности механизмов психологической защиты. Именно в последнем параметре усматривается существо вопроса: фактический отказ от поиска способов реализации вытесненного мотива приводит к невротическому типу реагирования. По мнению В.С.Ротенберга и В.В. Аршавского невротическая тревога представляет собой результат специфического отказа от поиска, когда невротические механизмы защиты выступают в роли своеобразной психологической компенсации. Так же, как и в случае, к примеру, с ипохондрией и фобиями. Возникновение таких невротических расстройств, как ипохондрия и фобии, открывает для человека возможность активных целенаправленных действий. Он может искать у врачей помощи от своих заболеваний, обследоваться, соблюдать режим жизни и лечения, избегать ситуаций, вызывающих страх. Таким образом, при формировании этих невротических расстройств появляется возможность для поисковой активности, которую В.С.Ротенберг и В.Варшавский называют вторичной. В отличие от нормального поиска невротический поиск направлен не на изменение самой неприемлемой ситуации или отношения к ней. Этот поиск направлен только на устранение последствий самой ситуации, т.е. тревоги. Он не исключает отказа от поиска (вытеснения), а сосуществует с ним. Поиск в рамках невротического состояния не направлен на устранение ситуации, т.е. на решение невротического конфликта. Тем не менее есть все основания предполагать, что эта своеобразная поисковая активность выполняет в какой-то степени защитную функцию по отношению к соматическому здоровью.

В рамках мотивационного аспекта можно отметить и существен- ный для неврозогенеза диссонанс между прогнозируемым и реальным результатами, становящийся дополнительной причиной инт-рапсихического конфликта и еще одним источником невроза. Все это многообразие сведено к нескольким основным типам:

1. Конфликт типа желаемое-желаемое (аппетенция-аппетенция) имеет место в том случае, если индивидуум должен выбирать одну из двух равно желаемых потребностей. Субъект при этом испытывает одинаково выраженную потребность реализовать обе возможные линии поведения. Хотя обе они оцениваются как желаемые, необходимость пожертвовать одной из них обусловливает фрустрирующий характер ситуации.

2. Конфликт типа нежелаемое-нежелаемое (аверсия-аверсия) связан с необходимостью выбора между двумя равно нежелательными

возможностями. При этом имеются конкурирующие потребности избежать каждой из альтернатив, одна из которых неизбежно фрустрируется.

3. Конфликт типа желаемое-нежелаемое (аппетенция-аверсия) обычно описывается как стремление индивидуума к какой-либо цели, от достижения которой его удерживает страх или иной отрицательный стимул, ассоциирующийся с желаемой целью или ее окружением (Ch.N.Cofer, M.H.Appley) т.е. как конкуренция между равно выраженными потребностями достичь цели и избежать связанного с ней же отрицательного стимула.

Изучение конфликта аппетенция-аверсия у лиц, находящихся в однотипной фрустрируюшей ситуации, по мнению Ф.Б.Березина, позволяет считать, что его можно представить как конфликт между путем и результатом. При таком подходе выделяются два варианта этого типа конфликта. При первом конфликт определяется необходимостью выбора между потребностью достичь какого-то результата ценой нежелательных переживаний и потребностью избежать этих переживаний, которая удовлетворяется только ценой отказа от результата. Поскольку в этом случае нежелаемое предшествует желаемому, такой вариант конфликта — нежелательный путь к желаемому результату — обозначается как конфликт аверсия-аппетенция. При втором варианте потребность реализуется непосредственно благодаря определенной форме поведения, а нежелаемые являются отрицательными последствия, представляющие собой предвидимый (хотя и отдаленный) результат этой формы поведения. Такой вариант конфликта обозначается как желаемый путь к нежелаемому результату, как конфликт аппетенция-аверсия.

Потребностно-мотивационный аспект невротических расстройств и изучения неврозогенеза отражает повышенную значимость эмоционально-волевого комплекса. Это положение подтверждается разработкой так называемых мотивационных теорий личности, которые, с одной стороны, исследуют процессы личностного роста, гармонизации и адаптации психически здоровой личности, с другой, пытаются ответить на вопрос о механизмах дисгармоничного развития личности, причинах и факторах, вызывающих невротические изменения поведения.

Сознание и самосознание. Нарушений сознания в патопсихологическом и психопатологическом понимании у больных неврозами не обнаруживается. Нельзя говорить о невротических нарушениях, если больной дезориентирован в месте и времени, а также неправильно идентифицирует себя. Типичными могут считаться лишь нарушения процессов самосознания и самооценки. Начиная с работ, выполненных во фрейдистском русле, в частности, с описанного А.Адлером комплекса неполноценности «невротической личности» интерес к этой теме не ослабевает.

В литературе принят термин «Я-концегция», обозначающий «совокупность всех представлений индивида о себе» (R.Waley, M.Rosenberg) Описательную составляющую Я-концепции называют образом Я; составляющую, связанную с отношением к себе или отдельным своим качествам, — самооценкой; совокупность частных самооценок как принятие себя; поведенческие реакции, вызванные образом Я и самоотношением, образуют поведенческую составляющую Я-концепции. Таким образом, самосознание, рассматриваемое со стороны своей структуры, представляет собой установочное образование, состоящее из трех компонентов — когнитивного, аффективного и поведенческого, которые имеют относительно независимую логику развития, однако в своем реальном функционировании обнаруживают взаимосвязь (Е.Т.Соколова).

M.Rosenberg выделил следующие параметры, характеризующие, по его мнению, уровень развития самосознания личности. Во-первых, это степень когнитивной сложности и дифференцированности образа Я, измеряемый числом и характером связи осознаваемых личностных качеств: чем больше своих качеств вычленяет человек и относит к своему Я, чем сложнее и обобщеннее эти качества, тем выше уровень его самосознания. По мнению Е.Т.Соколовой степень когнитивной дифференцированности образа Я определяет прежде всего характер связи осознаваемых качеств с аффективным отношением к этим качествам. Низкая дифференцированность характеризуется «сцепленностыо», «слитностью» качества и его оценки, что делает образ Я чрезмерно «пристрастным», обусловливает лег-кость его дестабилизации и искажения под влиянием разного рода мотивационных и аффективных факторов. Степень когнитивной дифференцированности определяет, в какой мере человек «зависим от поля» (G.Witkin), в частности, от прямых и ожидаемых оценок значимых других, способна ли его самооценка отстраиваться, эмансипироваться от оценок других, в какой мере собственная само-оценка является той «решеткой», системой эталонов, которая определяет отношение к жизненному опыту и саморегуляции поведения. Во-вторых, эта степень отчетливой выпуклости образа Я, его субъективной значимости для личности. Этот параметр характеризует как уровень развитости рефлексии, так и содержание образа Я в зависимости от субъективной значимости тех или иных качеств. Следует

добавить, что и субъективная значимость качеств и их отражение в образе Я и самооценке могут маскироваться действием защитных механизмов. Например, у транссексуалов и лиц с косметическим дефектом кожи, как показали экспериментальные исследования Е.Т.Соколовой, ценность и самооценка своих психических качеств в противовес физическим, телесным оказывается компенсаторно завышенной. В-третьих, это степень внутренней цельности, последовательности образа Я, как следствие несовпадения реального и идеального образа Я, противоречивости или несовместимости отдельных его качеств.

Более четкая психологическая интерпретация этого измерения самосознания представлена В.В.Столиным в его концепции «личностного смысла Я». Будучи соотнесенными с мотивами и целями субъекта в его реальной жизнедеятельности, качества его личности могут обладать «нейтральностью» или личностным смыслом; последнее определяется тем, насколько они препятствуют или благоприятствуют реализации жизненных замыслов субъекта. Отдельные качества или одна и та же черта могут приобретать также конфликтный личностный смысл ввиду вовлеченности субъекта в различные, иногда «перекрещивающиеся» деятельности. «Переходя в сознание, личностный смысл выражается в значениях, т.е. когнитивно, например, в констатациях черт (умелый; ловкий, неловкий, терпеливый и т.д.) и в переживаниях — чувстве недовольства собой или гордости за успех» (В.В.Столин). Упорядоченность, внутренняя согласованность или, напротив, конфликтность самосознания зависит таким образом, от личностного смысла Я.

Четвертым измерением уровня развития самосознания M.Rosenberg считает степень устойчивости, стабильности образа Я во времени. Итоговым измерением самосознания, по мнению Е.Т.Соколовой является мера самопринятия, положительное или отрицательное отношение к себе, установка «за» или «против» себя. По мнению многих отечественных авторов изучение самосознания у больных неврозами представляется весьма актуальным в связи с вопросами диагностики, а также разработки их патогенетической терапии и методов реабилитации.

Самосознание человека неразрывно связано с особенностями его личности (ААМеграбян). Самосознание формируется в ходе развития личности на основе познания окружающего мира и социальных, человеческих отношений. Степень самосознания во многом определяется способностью человека к тонкому рациональному (когнитивному) и чувственно-конкретному познанию чужого «Я» и от-

ношения к себе других людей. А.Г.Спиркин отмечал, что человек начинает верно относиться к себе лишь после того, как он научается правильно относиться к другим людям и прислушиваться к тому, как они оценивают его самого. В работах многих авторов имеются указания на связь самосознания со способностью человека к самоанализу, с самостоятельностью и оригинальностью

его суждений, общительностью, уровнем мотивации и уровнем притязаний личности, с особенностями эмоционального склада, зрелостью мировоззренческих установок. ААМеграбян считал, что чрезмерная эффективность и кататимное, эмоциональное мышление способны отрицательным образом влиять на самосознание человека, в частности при заболевании неврозами.

Расстройства иных сфер психической деятельности (ощущений, восприятия) не являются типичными и специфичными для невротических расстройств.

Расстройства личности.

Расстройствами личности в клинической психологии обозначают ряд клинически значимых состояний отклоняющихся поведенческих типов и проявляющихся в дезадаптации, тотальности и стабильности патологических черт. Личностные расстройства правильнее называть характерологическими, вследствие преобладания именно патологии характера. Однако, по традиции и с целью отграничения от нарушений рсихологического развития в мировой литературе они обозначаются как расстройства зрелой личности.

Преобладающие нарушения при расстройствах личности отмечаются в эмоционально-волевой и мыслительной сферах. Остальные познавательные процессы остаются в значительной мере интактными. Вследствие этого можно говорить об отсутствии в структуре расстройств личности существенных нарушений ощущений, восприятия, внимания, памяти и сознания.

Воля и мотивация. Среди нарушений волевой деятельности у пациентов с расстройствами личности. Б.С.Братусь выделяет известный механизм «сдвига мотива на цель», под которым понимается превращение «средств в цели» с приобретением ими самостоятельных мотивов. В рамках некоторых разновидностей личностных расстройств данный механизм становится доминирующим и аномальные мотивы превращаются в цель. Аномалии развития личности видятся прежде всего в нарушениях побуждений к той или иной

Таблица 10

Основных нарушений в целевой структуре деятельности и в структуре самооценки у больных невротическими в личностными расстройствами

Расстройства	Нарушения целевой структуры деятельности	Нарушения структуры самооценки
Невротические	Рассогласованность целевой структуры, тенеденция к гиперразведению реальных и идеальных целей	Рассогласованность подструктур, тенеденция к их гиперразведению
Личностные	Н едифферен цирован -ность целевой структуры, тенденция к сближению реальных и идеальных целей	Рассогласованность подструктур, тенденция к их гиперразведению

деятельности. Это положение исходит их постулата, что деятельность должна быть целесообразной, целеобусловленной и целенаправленной. У психопатических личностей (психопатия — устар. название расстройств личности) могут нарушаться все вышеперечисленные процессы.

По мнению Б.В.Зейгарник и Б.С.Братуся, важной характеристикой личностных расстройств является недифференцированность реальных и идеальных целей, неумение объективно оценить возникающую ситуацию, увидеть ее не только в актуальной сиюминутности, но и в развернутой временной перспективе и найти возможность постановки посильных реальных целей, успешное выполнение которых приблизит в будущем к идеальной.

Соотношение основных нарушений в целевой структуре деятельности и в структуре самооценки у больных невротическими и личностными расстройствами (по Б.С.Братусю) приводится в таблице 10.

На основании собственных исследований Б.С.Братусь утверждает, что ядерным, патогномоничным для расстройств личности являются нарушения целеобразования, целевой структуры деятельности. При этом страдает уровень реализации, отмечаются тактические и операционально-технические ошибки. Для больных с невротическими расстройствами характерны нарушения в структуре их самооценки и нарушения личностно-смыслового уровня.

-162 -

Личностный (невротический) конфликт определяется, с одной стороны, высоким представлением о своей ценности, который диктует и завышенные требования к жизни, не позволяет смириться с отсутствием тех или иных благ, с другой, нежеланием прикладывать необходимые усилия для достижения этих благ, что оправдывается отсутствием необходимых характеристик и качеств. Патология становится своеобразным способом решения этого конфликта, смысловым самооправданием. Снятию ответственности служат и вырабатывающиеся способы целеобразования, тесным образом связанные с особенностями самооценки: с одной стороны, больные могут ставить слишком далекие, нереальные, заведомо оторванные от жизни цели; с другой стороны, в конкретной, повседневной деятельности обычно движимы мотивацией избегания неудач, боязнью риска.

Для людей с личностными расстройствами типичным является также прямое следование случайно возникшей ситуации, под непосредственным влиянием внешних условий без учета соответствующего вероятностного прогноза. Такие люди обычно опираются на очень короткий ряд предшествующих последовательностей. В норме он составляет 5-9 сигналов, у пациентов с личностными расстройствами — 2-3 (В.В.Гульдан, В.А.Иванников).

Шизофрения

Шизофрения является наследственно-конституциональным прогредиентным психическим заболеванием, характеризующимся рядом патогаомоничных психопатологических симптомов и синдромов. К характерным проявлениям относят так называемые «симптомы первого ранга» Курта Шнайдера: комментирующие и императивные вербальные псевдогаллюцинации; чувство «изымания или «вкладывания» посторонними людьми мыслей в голову пациента; убежденность в том, что мысли пациента известны окружающим и передаются другими людьми как по радио; «вкладывание» в сознание пациента ощущений других людей их,бредовые идеи воздействия.

Наряду с перечисленными симптомами, выявление которых существенно увеличивает вероятность диагностики шизофрении, наблюдается большое количество иных, затрагивающих патологию различных познавательных процессов. В первую очередь, при шизофрении страдает мыслительный процесс, восприятие, эмоционально-волевая сфера, тогда как расстройства памяти и интеллекта не являются типичными.

-163-

Внимание. Э.Крепелин — основатель учения о шизофрении — был заинтересован изучением функционирования процесса внимания и считал, что для больных шизофренией характерно различие активного и пассивного внимания. Другие исследователи (Э.Маги и Дж.Лапман) в процессе экспериментов на помехоустойчивость обнаружили, что при шизофрении нарушен механизм фильтрации и механизмы настройки фильтра. Современные теории расстройств внимания при шизофрении отмечает дефект либо в автоматической, либо в концептуальной переработке информации (Ю.Б.Дормашев, В.Я.Романов).

Восприятие. Характерные нарушения процесса восприятия, наряду с классическими галлюцинаторными феноменами, включают усиление яркости, насыщенности зрительного и слухового анализаторов. Происходит обострение восприятия, связанное с переизбытком поступающих раздражителей. У больных шизофренией нарушается процесс фильтрации поступающих сигналов в сторону увеличения их количества» который способствует непосредственному проникновению в мозг нерегулируемого потока сенсорных раздражителей. Уникальным представляются сообщения ряда исследователей о том, что в некоторых случаях при шизофрении может подавляться вплоть до полного исчезновения ощущение боли. Одним из основным патопсихологических признаков болезни является неспособность пациентов не только сортировать и интерпретировать поступающие сигналы, но и соответствующим образом на них реагировать. В клинике это проявляется трудностями, которые возникают у больных в понимании поступающих сигналов, в частности, на уровне коммуникации.

Память. По мнению В.М.Елейхера, косвенным признаком наличия аффективно-личностных изменений у больных шизофренией является кривая запоминания 10 слов в виде плато при отсутствии клинически определяемого снижения памяти.

Мышление. К клиническим признакам, относимым к патогномоничным для шизофрении, причисляют такие, как: разорванность мышления, резонерство, ментизм, шперрунг. В патопсихологических экспериментах выявляются наиболее типичные проявления искажения процессов обобщения: соскальзывания, разноплановость, а также конкретность мышления и некоторые иные. Особенно ярко симптомы выявляются при проведении методики классификации. Больные в процессе выполнения заданий выделяют группы, объединяя понятия на основании не основных, а латентных, несущественных признаков. Те же результаты получаются при выполнении

больными шизофренией методики по дискриминации свойств понятий.

Некоторые авторы выявляют конкретность мышления пациентов, проявляющуюся утратой способности к абстрагированию, другие, пишут о типичности проявления разноплановости мышления вследствие наоушения целенаправленности мышления. Следует отметить, что выявление столь широкого и противоречевого спектра мыслительных нарушений можно объяснить различными формами шизофрении.

Яркие и выраженные клинические и патопсихологические признаки можно встретить при проведении методики пиктограмм. По мнению Б.В.Зейгарник, у больных шизофренией при исследовании данной методикой расстройства соотнесения абстрактно-смысловых и предметно-конкретных компонентов аналитико-синтетической деятельности можно расценивать как результат нарушения взаимодействия сигнальных систем.

Интересным представляется мнение о том, что у больных шизофренией нарушается восприятие слов и возникает т.н. патологический полисемантизм, т.е. слова начинают приобретать множественное значение и нередко смысловая структура слова расшатывается. На базе данного процесса формируется аморфность мышления и симптом резонерства.

В.М.Блейхер считает, что наибольшее количество ошибочных решений задач по шизофреническому типу (искажение обобщения, соскальзывания, разноплановость, одновременное сосуществование различных уровней обобщений и использование различных параметров критериев, согласно которым строятся суждения) в начальной стадии заболевания отмечается по методике классификации, тогда как по методике исключения отклонений не обнаруживается. При выраженном шизофреническом дефекте диагностическая значимость использования методик уравнивается.

O.Maller описал в клинике шизофрении амотивационный синдром, включающий нарушения побуждений и мотивации, которому отводится центральное место в развитии патологического процесса, в частности, характерных мыслительных расстройств. Сутью амотивационного мышления, по В.М.Блейхеру, связанного с редукцией энергетического потенциала, является процессуальная прогредиен-тность, приводящая к распаду мышления. В чистом виде оно представлено при простой форме шизофрении.

О.К.Тихомиров проследил три звена психологического механизма нарушения мышления при шизофении. Первое звено — наруше-

ние мотивационной сферы, которое приводит к нарушениям личностного смысла. Для больных шизофренией личностный смысл предметов и явлений часто не совпадает с общепринятым и обусловленным реальной ситуацией знания человека о них. При этом уравниваются стандартные и нестандартные информативные признаки. Второе звено — придание нестандартным информативным признакам большего значения, чем стандартным. Нарушение селективности информации — третье звено.

Эмоции. Патогномоничные нарушения эмоций при шизофрении носят характер негативных симптомов. Клинически они проявляются снижением выраженности эмоциональных переживаний, апатией, неадекватным аффектом (паратимиями). Наряду с этим, характерным для шизофрении клиническим проявлением считается амбивалентность — двойственность в эмоциональной оценке, переживания подавляющего большинства происходящих событий.

Воля и мотивация. Негативные симптомы волевых нарушений также могут быть отнесены к типичным для шизофрении. В клинике ярко проявляются снижением энергетического потенциала, абулией, снижения контроля двигательных актов, амбитендентностью и аутизацией. К особым симптомам расстройства двигательно-волевой сферы относятся проявления кататонического синдрома (возбуждения и ступора), импульсивных действий, стереотипии, каталепсии.

Сознание и самосознание. При некоторых формах шизофрении типичными считаются нарушения самосознания. Нарушения же сознания в психиатрическом контексте проявляются лишь одной формой — онейроидным расстройством сознания.

Эпилептические психические расстройства

Эпилепсия — заболевание, характеризующееся разнообразными пароксизмами (судорожными, бессудорожными) и нарастающими изменениями личности. Именно психические нарушения в виде так называемых изменений личности представляют интерес для клинической психологии. Суть их заключается в нарушении различных сфер познавательной деятельности вплоть до эпилептической деменции. При этом основные симптомы затрагивают функционирование мыслительных процессов и эмоций. Расстройства внимания, памяти, восприятия и ощущений, хотя и являются частыми в клинической картине заболевания все же не считаются диагностически значимыми в плане оценки тяжести психических изменений.

Мышление. Наиболее яркими и существенными для оценки эпилептических психических расстройств мышления считаются такие симптомы как обстоятельность, вязкость, тугоподвижность мышления таких больных, их склонность к чрезмерной детализации. Отмечается снижение уровня обобщения, инертность, конкретность мышления и в связи с этим непонимание юмора. К специфическим речевым нарушениям относят олигофазию и употребление уменьшительно-ласкательных слов.

Воля и мотивация. По наблюдениям Б.С.Братуся у больных эпилепсией механизм «сдвига мотива на цель» ведет к сужению деятельности, сосредоточению ее на отдельных деталях. С течением заболевания больным становятся труднодоступными не только сложные виды деятельности, но и прежде отработанные автоматизированные действия (навыки). Дезавтоматизация и нарастающая инертность психических процессов приводят к тому, что деятельность пациента становится лишь деятельностью по выполнению вспомогательных технических операций, причем этот процесс захватывает не одну какую-нибудь деятельность. Наряду с этим, происходит и смещение смысловых отношений, формируется феномен «сокращения смысловых единиц деятельности*.

Эмоции. Нарушения эмоциональной сферы идет параллельно с изменениями всего строя психической деятельности. Инертность психических процессов на уровне эмоций находит свою выражение в аффективной ригидности, которая включает длительное доминирование какого-либо аффекта и фиксация на нем (к примеру, злопамятность). Отмечается также эксплозивность, взрывчатость, вспышки гнева — дисфорические эпизоды.

Органические психические расстройства

В соответствии с международной классификацией болезней десятого пересмотра к **органическим психическим расстройствам** причисляют деменции при атрофических процессах коры головного мозга — болезнях Альцгеймера, Пика, сосудистые деменции, а также психические расстройства различной степени выраженности. Наибольший интерес для клинической психологии представляют деменции, при которых обнаруживается достаточно большой набор ней-ропсихологических и патопсихологических симптомов. Внимание. В первую очередь при деменциях, возникающих как до так и после 65 лет, страдает активное внимание. Больные не

могут сосредоточиваться на какой-либо деятельности, они рассеянны, быстро отвлекаются. Таким образом, страдает концентрация внимания, объем и распределение внимания.

Память. Наиболее типичными для деменций считаются мнести-ческие нарушения. По данным В.М.Блейхера кривая запоминания носит характер плато — пациент называет после каждого повторения не более 2-3 слов из прочитанных 10. Ярким клиническим феноменом выступает фиксационная амнезия. При этом нарушения (снижение) памяти следует закону Рибо.

Мышление. Типичным является снижение уровня обобщения. Наиболее частыми проявлениями являются расстройства речи. В зависимости от вида деменций речь нарушается по-разному. При болезни Пика типичными считаются так называемые стоячие обороты

Таблица 11

Дифференциально-диагностические критерия деменции при болезнях Альгеймера и Пика

Клинические признаки	Болезнь Альцгеймера	Болезнь Пика
Нарушения памяти	возникают на ранних этапах заболевания	возникают на поздних этапах заболевания
Амнестическая афазия	типична	нетипична
Симптом "стоячих оборотов"	отсутствует	характерен
Логоклония	характерна	не характерна
Палилалия	не наблюдается	типична
Речевая активность	снижается на более поздних этапах заболевания	прогрессивно снижается с начала заболевания
Аграфия	вначале заболевания - невозможность произвольно писать под диктовку, списывания и воспроизведения автоматизированных эн грамм	на поздних этапах заболевания

Алексия	на ранних этапах заболевания	длительно сохраняется возможность автоматического правильного чтения вслух без понимания прочитанного

— стереотипно повторяемые больным слова, обрывки фраз (симптом граммафонной пластинки). При болезни Альцгеймера отмечается семантическая афазия.

Дифференциально-диагностические критерии деменций при болезнях Альгеймера и Пика, разработанные В.М.Блейхером, представлены в таблице 11.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

Вопрос 1. Эффект Зейгарник относится к психологическому процессу:

а) вниманию

б) памяти

в) эмоциям

г) мышлению

д) воле

Вопрос 2. Минимальная величина раздражителя, вызывающего едва заметное ощущение называется:

а) абсолютным верхним порогом ощущений

б) абсолютным нижним порогом ощущений (порогом чувствительности)

в) болевым порогом

г) дифференциальным порогом ощущений

д) оперативным порогом ощущений

Вопрос 3. Ощущения, связанные с сигналами, возникающими вследствие раздражения рецепторов, находящихся в мышцах, сухожилиях или суставах называются:

а) экстероцептивными

б) интероцептивными

в) проприоцептивными

г) экстракампинными

д) эндоцептивными

Вопрос 4. Психофизический закон Вебера-Фехнера описывает:

а) закономерности нарушения памяти

б) зависимости эмоциональной реакции от экспектаций

в) закономерности нарушений мышления

г) закономерности слухового восприятия

д) зависимость силы ощущения от величины действующего раздражителя.

Вопрос 5. В результате восприятия образуются все нижеследующие свойства образа за исключением:

а) предметность

б) категориальность

в) целостность

г) уникальность

д) константность

Вопрос 6. Процесс восприятия, при котором элементы, выступающие как части знакомых фигур, контуров и форм, с большей вероятностью объединяются именно в эти фигуры, форму, контуры называется принципом:

а) сходства

б) смежности

в) замкнутости

г) «естественного продолжения»

д) близости

Вопрос 7. Расстройство восприятия, при котором происходит образование и восприятие причудливых зрительных образов на основе слияния элементарных особенностей объекта называется:

а) физическими иллюзиями

б) парейдолическими иллюзиями

в) фантастическими галлюцинациями

г) фантастическими псевдогаллюцинациями

д) эйдетизмом

Вопрос 8. Расстройство узнавания частей собственного тела называется:

а) соматоагнозией

б) соматогнозней

в) дисморфоманией

г) симптомом Фреголи

д) симптомом Капгра

Вопрос 9. Внимание обладает всеми нижеследующими свойствами за исключением:

а) устойчивости

б) сосредоточенности

в) распределения

г) длительности

д) объема

Вопрос 10. Средний объем внимания человека составляет:

а) 1-3 единиц информации

б) 3-5 единиц информации

в) 5-7 единиц информации

г) 7-9 единиц информации

д) 9-11 единиц информации

Вопрос 11. Процесс лучшего запоминания незавершенных действий по сравнению *с* завершенными называется:

а) эффектом края

б) эффектом Зейгарник

в) эффектом ореола

г) законом Эббингауза

д) законом Вебера-Фехтнера

Вопрос 12, Расстройство памяти, характеризующееся нарушением за-печатления получаемой человеком информации и резко ускоренным процессом забывания, называется:

а) антероградной амнезией

б) ретроградной амнезией

в) фиксационной амнезией

г) антероретроградной амнезией

д) Корсаковским амнестическим синдромом

Вопрос 13. Нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее, называется:

а) конфабуляцией

б) реминисценцией

в) псевдореминисценцией

г) перфорационной амнезией

д) гипомнезией

Вопрос 14. К мыслительным операциям относится все нижеперечисленное за исключением:

а) суждения

б) анализа

в) абстрагирования

г) синтеза

д) обобщения

Вопрос 15. Умозаключение относится к:

а) мыслительным операциям

б) мыслительным процессам

в) мыслительным факторам

г) мыслительным видам

д) мыслительным механизмам

Вопрос 16. Снижение уровня обобщений и искажение процесса обобщения относят к:

а) нарушениям динамики мыслительных процессов

б) нарушениям операционной стороны мышления

в) нарушениям личностного компонента мышления

г) нарушениям процесса внешней опосредованности познавательной деятельности

д) нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности

Вопрос 17. Расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли, представления называется:

а) инертностью

б) резонерством

в) персеверацией

г) соскальзыванием

д) разноплановостью

Вопрос 18. Процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний, а также создания представления об истинном отношении к субъекту со стороны окружающих называется:

а) самоактуализацией

б) самооценкой

в) атрибуцией

г) ипохондрией

д) рефлексией

Вопрос 19. Антиципация — это:

а) способность человека предвзято воспринимать происходящие события

б) способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать вероятные исходы различных действий

в) мнемоническая способность человека

г) способность человека быстро реагировать на происходящие события

д) способность человека вытеснять в подсознание события, носящие негативный эмоциональный характер

Вопрос 20. Особо выраженные эмоциональные состояния человека, сопровождающиеся существенными изменениями в поведении называют:

а) стрессами

б) фрустрациями

в) чувствами

г) аффектами

д) психическими травмами

Вопрос 21. Наиболее значимым дифференциально-диагностическим критерием патологического аффекта является:

а) наличие агрессии

б) наличие расстройств сознания

в) наличие аутоагрессии

г) наличие расстройств эмоциональной сферы

д) наличие умственной отсталости

Вопрос 22. Алекситимией называется:

а) неспособность испытывать яркие переживания

б) неспособность сопереживать

в) неспособность сконцентрировать внимание на своих чувствах

г) неспособность даже короткое время быть в одиночестве

д) неспособность точно описать свое эмоциональное состояние

Вопрос 23. Канцерофобия — это:

а) навязчивый страх заболеть раком

б) навязчивый страх заболеть любым онкологическим заболеванием

в) сверхценная идея о наличии у человека раковой опухоли

г) бредовая идея о наличии у человека раковой опухоли

д) доминирующая идея о наличия у человека раковой опухоли

Вопрос 24. К парабулиям относятся все нижеперечисленные расстройства за исключением:

а) анорексии

б) аутизма

в) булимии

г) пирбмании

д) дипсомании

Вопрос 25. Патологическое непреодолимое влечение к бродяжничеству называется:

а) дипсоманией

б) дромоманией

в) клептоманией

г) пироманией

д) билимией

Вопрос 26. Выделяются следующие виды автоматизмов за исключением:

а) кинестетеческий

б) амбулаторный

в) сомнамбулический

г) сенестопатический

д) галлюцинаторный

Вопрос 27. Грезоподобное нарушение сознания, сопровождающееся состояниями «зачарованности» или эйфории, называется:

а) онейроидом

б) делирием

в) аменцией

г) ступором

д) сумеречным расстройством сознания

Вопрос 28. Среди больных неврозами отмечается тенденция к увеличению лиц с:

а) низким интеллектом

б) высоким интеллектом

в) средним интеллектом

г) низким и высоким интеллектом

д) низким и средним интеллектом

Вопрос 29. Недифференцированность реальных и идеальных целей, неумение объективно оценить возникающую ситуацию, увидеть ее не только в актуальной сиюминутности чаще встречается при:

а) невротических расстройствах

б) личностных (психопатических) расстройствах

в) шизофренических расстройствах

г) эпилептических расстройствах

д) деменции

Вопрос 30. Патологический полисемантизм, при котором слова начинают приобретать множественное значение и нередко смысловая структура слова расшатывается, чаще встречается при:

а) невротических расстройствах

б) личностных (психопатических) расстройствах

в) шизофренических расстройствах

г) эпилептических расстройствах

д) деменции

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

М.Г.Айрапетянц, А.М.Вейн. Неврозы в эксперименте и в клинике. М., 1982, 272 с.

В.М.Блейхер, ВЖКрук, С.Н.Боков. Практическая патопсихология. Ростов-на-Дону, 1996, 448 с.

Б.С.Братусь. Аномалии личности. М, 1988, 301 с.

Н.Н.Брагина, Т. А Доброхотова. Функциональные асимметрии человека. М., 1988, 240 с.

Б.В.Зейгарник. Патопсихология. М., 1986, 288 с.

В.П.Критская, Т.К.Мелешко, Ю.Ф.Поляков. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991, 256 с.

Р.С.Немов. Психология (в 3-х томах), М., 1995.

Е. Т. Соколова. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1989, 215 с.

Глава 4
ПСИХОЛОГИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Для человека характерно огромное количество различных свойств и особенностей. Они включают специфику протекания познавательных процессов, интеллектуальные и иные способности, стили мышления, восприятия, общения, эмоционального отреагирования, морально-нравственные качества и множество иных составляющих. Однако, при ограниченном объеме таких психологических качеств и свойств их сочетание может носить уникальный характер и формировать специфический, не на что и ни кого иного не похожий человеческий образ.

Характерные различия *индивида,* т.е. отдельного человека, взятого в совокупности всех присущих ему качеств (биологических, физических, социальных, психологических и др.), с другими индивидами проявляются на разных уровнях индивидуальности. Это обусловлено тем, что индивидуальность представляет интегративное и многоуровневое образование, каждый из которых обладает набором существенных признаков. Под **индивидуальностью** в современной

психологии понимается неповторимость, уникальность сочетания различных свойств и качеств человека. По наборуотдельных качеств и свойств люди могут быть принципиально сходны (например, близнецы), однако по сочетанию этих качеств также кардинально различаться.

Существует множество разнообразных классификаций уровней индивидуальности. Однако они сходятся в том, что уровни делятся на четыре принципиальных блока специфических качеств и свойств (рисунок 6).

В.С.Мерлин включает в первый уровень *{уровень индивидуальных свойств организма)* биохимические, общесоматические и нейроди-намические свойства, разделяя перечисленные свойства на основании параметров интенсивности, скорости, регуляции и некоторых иных. Существенным является то, что биохимические свойства и свойства нервной системы обеспечивают создание индивидуального

Рисунок 6

Структура индивидуальности

Индивидуальные свойства организма	Индивидуальные психические свойства (особенности протекания познавательных процессов)
Индивидуальные психофизиологические особенности (свойства темперамента)	Индивидуальные социально-психологические свойства (черты характера в личностные особенности)

стиля, но не деятельности человека, а *жизнедеятельности организма,* который косвенно способен влиять на психическую деятельность в целом. Особенно ярко данный тезис представлен в клинике, когда многие социально-опосредованные действия человека начинают учитывать и особенности жизнедеятельности, в частности, количественные и качественные параметры деятельность различных органов и систем организма (пищеварения, дыхания) и такой специфичный для пациентов соматической клиники как переносимость боли.

Клинически различия на первом уровне проявляются в соматической конституции, или морфофенотипе. **Морфофенотип** (сомато-тип, соматический тип, конституционально-морфологический тип) является макроморфологической подсистемой общей конституции и в целом отражает основные особенности динамики онтогенеза, метаболизма, общей реактивности организма и биотипологию личности (энерго-динамические свойства).

Выделяют три типа соматической конституции человека; астенический, нормостенический и пикнический. Ориентиром в соматос-копической диагностике основных трех конституциональных типов являются перечисленные ниже характеристики (Н.А.Корнетов).

Астенический тип телосложения. Череп небольшого объема, средней ширины. Лицо яйцевидного контура с сужением как в лобной части, так и в подбородочной. Наблюдается также овальный контур с наибольшей шириной на уровне глаз и постепенным сужением к подбородку. Часто отмечается и так называемый «угловой профиль», который выражается прогнатизмом средней части лица и гипопла-зированным, отступающим подбородком. Шея тонкая с выступающими щитовидным хрящем и седьмым шейным позвонком. Не-

большой кифоз в шейном и верхнегрудном отделах позвоночника, в результате которого голова наклонена над туловищем. Плечи при фронтальном рассмотрении узкие или широкие. Грудная клетка длинная, уплощенная в передне-заднем направлении. При малом жироотложении ребра, в местах сочленения с грудиной, выступают в виде четок. Эпигастральный угол меньше 90 градусов, острый. Выражены над- и подключичные ямки. Руки сухие, тонкомышечные и тонкокостные с удлиненными кистями. Распределение жировой ткани при ожирении по женскому типу в тазовом поясе. Вес тела у характерных типов отстает от длины. Слабый рост в ширину при среднем не уменьшенном росте в длину. У высоких астеников нередко отмечается гинекоморфия.

Нормостенический тип телосложения. Череп средней длины и объема, иногда высокий. Лицевой скелет рельефный с развитыми надбровными дугами, скуловыми костями, нижней челюстью. Часто отмечается ширококостность в дистальных отделах конечностей. Трофический акцент на плечевом поясе. Форма туловища в виде усеченного конуса книзу. Грудная клетка при фронтальном рассмотрении представляется равномерно округленной в виде цилиндра и имеет одинаковую величину в верхнем и нижнем отделах. В передне-заднем направлении она не кажется ни узкой, ни широкой. Эпигастральный угол около 90 градусов. Кожа обладает эластичным тургором или пастозностью. Жировой слой сравнительно умерен. Мышцы хорошо развиты, рельефны. У ожиревших нормостеников контуры тела смягчены. Ноги часто вальгусного типа. Атлетический тип следует рассматривать как гиперпластический вариант нормос-тенического телосложения. Женщины атлетоидного типа в связи с особенностью распределения жировой ткани ширококостны и массивны.

Пикнический тип телосложения. Череп круглый и широкий. Лицо пятиугольного контура со сглаженным рельефом. Шея короткая, массивная, у молодых пикников, как правило, среднего размера. Гортань выдается незначительно. Часто отмечаются жировые отложения на седьмом шейном позвонке, в надключичных ямках. Грудная клетка широкая, короткая, развита в передне-заднем направлении. Увеличена окружность груди. Расширяющаяся книзу грудная клетка конической формы с тупым эпигастральным углом, более 90 градусов переходит в объемный живот, увеличенный в горизонтальном и передне-заднем направлениях. Жировой слой, покрывая мышечный, подчеркивает плавность линий. Кисти, стопы часто укорочены с увеличенным поперечным размером. Кожа мягкая и хорошо облегает тело. У похудевших пикников в местах жироотложения обнаруживаются кожные складки. Мышцы средней силы и мягкой консистенции. В целом трофический акцент лежит в центре туловища на грудной клетке и животе с обильным жироотложением, которое особенно выражено после 40 лет.

Психическую индивидуальность человека можно представить, как переплетение различных психофизиологических, психологических и социально-психологических свойств. При этом они также как и индивидуальность в целом построены по иерархическому принципу, т.е. на более низшие (ранние) наслаиваются более высшие (поздние) психические образования. Ядром психической индивидуальности считается темперамент *(биологическая составляющая психической индивидуальности).* На его основе формируется характер *(психологическая составляющая психической индивидуальности),* а затем происходит становление личности *(социальной составляющей психической индивидуальности).*

В центре внимания клинической психологии находится проблема реагирования, мотивации поведения, выработки системы поступков человеком, находящимся либо в условиях соматической или психической болезни, либо в условиях стресса, фрустрации или психической травматизации. С большой долей условности и терминологической допустимости можно говорить о том, что человек в различных фрустрирующих ситуациях (например, болезни или конфликта) «реагирует темпераментом, характером или личностью». За столь нетрадиционным использованием подобных научных терминов скрывается оценка значимости одного из трех способов мотивации поведения человека — на биологическом, психологическом и социальном уровнях. Разделение носит как дидактический, так и практический характер. Если психолог расценит, что определенный тип психического реагирования (к примеру, аутоагрессия — суицидальная попытка — онкологически больного с синдромом хронической боли) обусловлен свойствами темперамента, то он обязан будет предложить какие-либо биологические методы коррекции выраженности или направленности реакции. Ведь свойства темперамента относятся к конституциональным и функционируют по биологическим законам. Если подобная реакция будет расценена как признак характерологических особенностей (например, типичным паническим настроением психастеника), то выбор тактики коррекции данной реакции будет базироваться на психокоррекционных и

психотерапевтических мерах), поскольку характерологические реакции обусловлены психологически. Если же специфика реагирования будет понята и объяснена личностными параметрами (к примеру, атеистическими убеждениями пациента, считающего, что он волен распоряжаться своей жизнью и добровольно уходить из жизни), то необходимыми будут меры социального воздействия — переубеждение, изменение социальных условий и т.д.

В следующих подглавах будут представлены диагностические параметры отдельных подсистем психической индивидуальности (темперамента, характера и личности) человека, исходя из целей и задач клинической психологии. При этом будут продемонстрированы их корреляции с соматоморфологическим уровнем индивидуальности.

Темперамент

В клинической психологии принято следующее определение темперамента. **Темперамент** — это характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т.е. темпа, ритма и интенсивности отдельных психических процессов и состояний.

По Шелдону практически все имеющиеся у человека индивидуально-психологические свойства и качества опосредуются соматической конституцией и проявляются в зависимости от представлен-ности таких параметров, как эндо-, экзо- или мезоморфность, висцеро-, сомато или церебротонии. Остановимся на классификации Шелдона, имея ввиду, что связь соматоморфотипа с параметрами психической индивидуальности не столь очевидна, как это представлено в его концепции.

Шелдон выделил три соматотипа и описал следующие их особенности:

Эндоморф-висцеротоник. Расслабленная осанка и движения. Приветлив, добросердечен, легок в общении и ровен в выражении своих чувств. Любит сытость и покой, гостей, общество, комфорт и условности в обращения. Желает симпатии и признания, непосредственен в эмоциональном контакте, тщеславен, но терпим. Гурман, хорошо спит, в состоянии опьянения мягок или сверхобщителен и несколько распущен. В тяжелую минуту, момент горя стремится к людям. Склонен воскрешать в воображении детские годы, семейные отношения.

Мезомор-соматотник. Уверенная осанка в движения. Непринужден, экстравертен в контакте и поступках, но скрытен в чувствах и эмоциях.

Любит риск, соперничество, приключения, шум, спортивные состязания. Властолюбив, воинственен, психически крепок, игнорирует физическую боль. Агрессивен, настойчив и придирчив в состоянии опьянения. Испытывает потребность в физических упражнениях, голос повышен. Боится скованности, заточения. В тяжелую минуту, момент горя стремится к действию. Склонен воспроизводить в воображении цели и действия, связанные с юношескими годами.

Эктоморф-церебротоник. Скованная осанка и заторможенность в движениях. Сдержан в общении, поведении и чувствах. Контролирует мимику и жесты. Обладает живым умом, наблюдательностью, прилежанием. Интраверт при контакте, скрытен, избегает и боится общества, больших пространств. Отличается непредвиденностью поведения, пониженным голосом, чувствительностью к боли, плохим сном и утомляемостью. Любит одиночество и в момент горя, тяжелые минуты стремится к нему. Проявляет устойчивость к действию алкоголя и некоторых других депрессантов. Воображение обращено в будущее.

Приведенная классификация Шелдона отражает позицию непосредственной связи соматоморфотипа человека с высшими уровнями индивидуальности — характерологическими особенностями и личностными качествами, которая в настоящее время считается ошибочной. К примеру, склонность эндоморфа-висцеротоника «воскрешать в памяти детские годы» и быть гурманом вряд ли связана с его биологическими особенностями.

Классификация темпераментов Шелдона также, как и систематика Кречмера, может быть отнесена к разряду тех, в которых не обнаруживается четкого разделения индивидуальных свойств человека на социально и биологически обусловленных. К тому же, согласно убеждению А.Н.Леонтьева, исходя из принципов социальной детерминации личности, свойства темперамента сами по себе не способны породить личностные качества. Имеются достаточно убедительные факты, позволяющие утверждать, что при усвоении индивидуального стиля общения связи между психодинамическими свойствами (темпераментом) и отношениями личности разрушается (В.С.Мерлин). В наиболее известной из отечественных классификаций И.П.Павлова темперамент

приравнивается к типу высшей нервной деятельности, что также в значительной мере искажает представление о механизмах становления психической индивидуальности.

В настоящее время в рамках клинической психологии под темпераментом понимается совокупность динамических особенностей психической деятельности. К параметрам, с помощью которых возможна диагностика темперамента, относятся:

-181-

- эмоционалыюсть
- скорость мышления
- скорость двигательных актов
- общительность

В параметр темперамента *эмоциональность* включается понятие скорости появления эмоциональной реакции, аффекта или переживания после начала действия раздражителя или появления значимой ситуации; преобладающая модальность эмоций; преобладающая и типичная степень выраженности эмоциональных переживаний; временная характеристика эмоциональных переживаний — длительность, стабильность, лабильность; выраженность и направленность вегетативного подкрепления эмоционального переживания. Эмоциональность является одним из важных диагностических параметров клинической оценки типов темперамента. Внешне эмоциональность проявляется такими альтернативными качествами как: впечатлительность — эмоциональная холодность (отличающимися по глубине переживаний), эмоциональная возбудимость — эмоциональная невозбудимость (отличающимися по скорости появления аффекта), эмоциональная стабильность — эмоциональная лабильность (отличающимися по длительности сохранения эмоционального переживания одной модальности).

Любое выраженное эмоциональное переживание в обязательном порядке сопровождается вегетативными проявлениями: сердцебиением (учащенным или уряженным), изменением дыхания и терморегуляции, особенностями пото- и слюноотделения, сухостью или влажностью, покраснением или побледнением кожных покровов, ускорением или замедлением перистальтики и колебаниями артериального давления и некоторыми иными признаками. Выделяют симпатико-адреналовую и вагоинсулярную направленность вегетативных проявлений.

Вторым параметром темперамента является *скорость мышления.* Данный параметр в клинике оценивается на основании скорости появления ассоциаций (т.н. «быстрота ума») и скорости речи (имеется ввиду стиль речи). О них можно судить, в частности, по скорости ответов на поставленные вопросы или задачи и скорости прого-варивания слов и фраз. Выделяются люди, скорость мышления которых высокая («быстродумы») и низкая («медленнодумы» или «тугодумы»). Особенности мышления затрагивают лишь количественный показатель, в то время как качественные — целенаправленность, продуктивность и иные — в расчет при оценке типов темперамента не берутся.

-182

Скорость двигательных актов отражает сенсомоторную реактивность, характеризующуюся быстротой появления ответа на раздражитель. Он, как правило, коррелирует с общей реактивностью (скоростью возникновения ощущений, восприятия и воспроизведения). Однако, внешне именно на основании скорости двигательных актов можно судить о реактивности. На основании сенсомоторной реактивности выделяют лиц, у которых отмечаются средние показатели, а также превышающие или не превышающие их. Юганически это проявляется быстродействием, «споростью», «шустростью» или, наоборот, медлительностью при ходьбе, беге и совершении обыденных действий — умывания, одевания и пр.

Некоторые ученые относят к параметрам темперамента, сходным с параметров скорости двигательных актов, *активность* человека, проявляющуюся частотой и выраженностью обыденной деятельности и готовности начать ее при любом удобном случае *(импульсивность).* Антиподом человеку, нацеленному на активность и постоянное выполнение какой-либо деятельности, выступает пассивный, уклоняющийся от любой деятельности человек. Различаются

они также на основании уровня их «энергетического потенциала» — энергичности и нацеленности на постоянную деятельность.

Общительность, понимаемая как выраженность субъективной или объективной направленности на общение, можно считать пограничным феноменом психической индивидуальности. С одной стороны, он входит в структуру темперамента и является биологически опосредованным; с другой стороны, на процесс формирования общительности сказывается характер воспитания. По данному параметру выделяют людей общительных (экстравертов) и замкнутых (интравертов). В рамках свойств темперамента их отличают не качественные параметры общительности, а лишь количественные, к которым относится направленность и выраженность.

СЛ.Рубинштейн считал наиболее важными свойствами темперамента человека *впечатлительность и импульсивность,* которые включают в себя все вышеперечисленные параметры. Впечатлительность равнозначна эмоциональности, а импульсивность, характеризующаяся силой побуждения, а также скоростью, с которой они овладевают моторной сферой и переходят в действие, и устойчивостью, с которой они сохраняют свою действенную силу, близка по смыслу с иными параметрами. Используя свойства впечатлительности и импульсивности, можно достаточно точно описать и диагностировать различные типы темперамента (таблица 12).

Распределение типов темперамента

Таблица 12

Тип темперамента	Показатели впечатлительности (В) и импульсивности (И)
холерик	В↑И↑
меланхолик	В↑И↓
сангвиник	В↓И↑
флегматик	В↓И↓

Исходя из вышеприведенных параметров, специфическими сходными особенностями *холерического* и *меланхолического* типов темперамента считается сочетание впечатлительности, повышенной эмоциональной ранимости и склонности к выраженному аффективному реагированию в конфликтных ситуациях, особенно возникающих неожиданно. Отличия же холерического и меланхолическое типов темперамента заключаются в разной представленности импульсивности, которая отражается даже на особенностях проявления эмоциональности. Так, у холерика повышенная эмоциональность сочетается с быстро возникающими и также быстро исчезающими аффектами различной модальности и нередко экстрапунитивной направленности — вспышками гнева, раздражительности; страха, ажитации и паники, радости и экстаза. У меланхолика эмоциональные переживания носят, как правило, более длительный характер. Они возникают медленнее, но и медленнее редуцируются. Отмечается склонность к застреванию на определенных эмоциональных переживаниях различной модальности и интрапунитивной направленности _— депрессия, тоска, печаль, чувство вины, стыда, застенчивости. По параметру пониженной эмоциональности (впечатлительности) сходны *сангвиник и флегматик.* Их эмоциональные переживания не столько глубоки, как у холерика или меланхолика, однако не следует думать о том, что они отсутствуют вовсе. Внешне снижение уровня впечатлительности проявляется у них более спокойным отношением к неприятностям, психотравмам, конфликтам. Их называют иногда «толстокожимы», имея ввиду невозмутимость и отсутствие ярких эмоциональных реакций, на внешние раздражители. Различия эмоциональной сферы сангвиника и флегматика заключаются в преобладающей модальности немногочисленных и слабых проявлений эмоциональности. Флегматик, как правило, безразличен ко многим сторонам жизни с силу инертности познавательных процессов, тогда как сангвиник реагирует на многие ситуации, но «не

принимает близко к сердцу». Иногда говорят о внутренней холодности сангвиника при внешней общительности и формальной эмпатичности.

Параметр импульсивности, по которому схожими являются холерик с сангвиником (высокий уровень) и меланхолик с флегматиком (низкий уровень), клиническим отражается в быстроте сенсомоторных реакций и «быстроте ума», активности, настойчивости, решительности.

Своеобразная классификация параметров темперамента была предложена А.Томас и С.Чесс, включившая 9 составляющих, которые в некоторой степени могут дополнить приведенные выше классификации и помочь более точно диагностировать тип темперамента. Следует отметить, что ученые выявили параметры темперамента у новорожденных, у которых темперамент проявляется «в чистом виде», т.е. в соответствии с предложенной выше терминологией новорожденный «реагирует темпераментом», тогда, как взрослый «характером **И ЛИЧНОСТЬЮ».**

Классификация А.Томаса и С.Чесса:

1. Уровень активности, определяемый моторными характеристиками (подвижностью во время купания, кормления) и соотношением активного и пассивного поведения в течение дня.

2. Ритмичность, регулярность, оцениваемая как степень предсказуемости времени появления поведенческих реакций (например, чувства голода) и продолжительность функций во времени (например, длительность сна).

3. Приближение или удаление, связанное с особенностями эмоциональных и моторных реакций на новые стимулы.

4. Адапивность, оцениваемая на основании реагирования на новые или меняющиеся ситуации.

5. Интенсивность, характеризующуюся выраженностью реакций независимо от их качества или направленности.

6. Порог реактивности, определяемый как уровень стимуляции,

необходимый для появления реакции независимо от их качества и сенсорной модальности.

7. Настроение, т.е. соотношение радостного и безрадостного со-

стояний, а также реакций, квалифицируемых как расположение к окружающим.

8. Отвлекаемость. характеризующаяся эффективностью действия новых появляющихся стимулов на изменение поведения.

9. Длительность внимания и настойчивость — две взаимосвязанные категории, отражающие временную протяженность некоторой деятельности и способность продолжить деятельность, несмотря на трудности в ее осуществлении.

Описанные А.Томас и С.Чесс параметры дополняют представления о существенных составляющих темперамента и, в частности, позволяют задуматься о роли и влиянии биоритмологических особенностей человека на познавательные процессы и в целом на выявление свойств темперамента. В этой связи интересным представляется второй параметр» в котором отмечается роль таким естественных биологических потребностей как еда и сон. Можно предполагать, что ритмичность появления этих потребностей и особенности реагирования человека на их неудовлетворение способны более точно оценить свойства темперамента. Кроме того, в клинической психологии следует обратить внимание на реагирование человека в условиях неудовлетворения сексуальной потребности. К тому же, сексологи и сексопатологи описывают врожденную характеристику половой (сексуальной) конституции и говорят о «сексуальном темпераменте».

Параметры темперамента имеют склонность к поразительному постоянству во времени. Они практически не изменяются от раннего детства до глубокой старости (конечно, если человек сохраняет свое психическое здоровье, в противном случае говорить о свойствах темперамента

достаточно сложно — биологические основы психического заболевания изменяют всю структуры психического реагирования).

Таким образом, подытоживая данные о клинических проявлениях темперамента можно утверждать, что все они отражают лишь количественную сторону психической деятельности. Они не несут смысловой нагрузки, поскольку являются биологическим продуктом. Наиболее общей особенностью темперамента является его не-мотивационный фактор, определяющий поведение человека, т.е. в самом темпераменте не существует побудительной основы. В отличие от характерологических и личностных реакций, основой который служит мотивационный ряд, который основывается на жизненном опыте, познавательном уровне, интересе и значимости внешних и внутренних процессов, реакции на уровне темперамента носят инстинктивную специфику. «Темперамент — писал Г.Олпорт, — обозначает род сырого материала, из которого складывается характер. Он относится к химическому климату или внутренней погоде, в которой развивается личность».

Характер

Характер в клинической психологии — это совокупность индивидуальных, сложившихся в процессе социализации и ставших устойчивыми стереотипов поведения, штампов эмоциональных реакций, стиля мышления, зафиксированная в привычках и манерах система взаимоотношений с окружающими. Если в рамках темперамента параметры указывают на биологические стереотипы реагирования (в первую очередь, эмоционально-волевого), то в чертах характера отражаются присущие индивиду поведенческие матрицы, которые вначале носят осознанный характер (воспитываются, прививаются, навязываются), а затем во определенной степени автоматический. Человек к возрасту совершеннолетия практически завершает формирование черт характера, и его поступки носят оттенок устоявшихся и не обсуждаемых правил. Характер также, как и темперамент является устойчивой структурой, не склонной существенно изменяться в процессе жизни. Его девиации возможны только в случаях тяжелой и длительной психической или соматической болезни, а также в условиях длительных угрожающих жизни событий.

Если темперамент называется биологической составляющей индивидуальности, то характер — психологической составляющей. Связь параметров темперамента и черт характера не является линейной. Т.е. нельзя достоверно предсказать, какие черты характера будут присущи холерику, меланхолику, флегматику или сангвинику по завершении процесса социализации. Основную роль в формировании черт характера играют формы и методы воспитания. Однако, спектру типов темперамента с повышенной эмоциональностью и импульсивностью будет соответствовать иной спектр характерологических особенностей по сравнению со спектром типов темперамента с пониженной эмоциональностью и неимпульсивностью. Суетливость, болтливость, неусидчивость, нетерпеливость или молчаливость, усидчивость, терпеливость, как альтернативные черты характера, как правило базируются на психофизиологических особенностях в рамках типов темперамента. Между особенностями темперамента и характера, как нижерасположенными в иерархическом строении индивидуальности, и личностными особенностями связь значительно менее выражена, чем между темпераментом и характером.

Значимым для клинической психологии является анализ параметров адекватных и неадекватных форм поведения, признаков отклоняющегося и психопатологического стилей поведения. Именно поэтому центральным вопросом учения об индивидуальности в клинической психологии является вопрос о кардинальных признаках гармоничных черт характера.

Гармоничные черты характера — это совокупность индивидуально-психологических стереотипов поведения, способствующих гармонизации обыденных межличностных взаимоотношений и избеганию межличностных и внугриличностных конфликтов. Таким образом, основой оценки гармоничности или негармоничности характерологических особенностей служит параметр отсутствия у человека конфликтов как внешних, т.е. с участниками коммуникации, так и внутренних. Условно можно говорить, что значимой для оценки *характерологической гармоничности* является сфера обыденных взаимоотношений, включающая сугубо психологические, тогда как *гармоничность личностная* определяется в большей степени

социально-психологическими параметрами — соответствием и следованием нравственным требованиям.

Гармоничный характер условно представляет собой блок из двух групп психологических параметров, включающих:

- адаптивность
- самоактуализацию

Основным параметром гармоничного характера является ***адаптивность,*** характеризующаяся успешностью приспособления человека к различным ситуациям, их изменению, а также эмоциональному (внутреннему или внешнему) принятию окружения. Адаптивность отражает значимость удовлетворения человеком социальных потребностей, которую точно описал Паскаль: «Чем бы человек ни обладал на земле — прекрасным здоровьем, любыми благами жизни, он все-таки недоволен, если не пользуется почетом у людей... Имея все возможные преимущества, он не чувствует себя удовлетворенным, если не занимает выгодного места в умах... Ничто не может отвлечь его от этой цели... Даже презирающие род людской, третирующие людей, как скотов, и те хотят, чтобы люди поклонялись и верили им». Можно утверждать, что человек для достижения внутренней и внешней гармонии обязан быть адаптивным. Однако, следует помнить о том, что способность всегда приспосабливаться к новым условиям и на любом уровне может обернуться дисгармонией характера в виде конформизма. Следовательно, для того, чтобы говорить о гармоничности параметра адаптивности следует уточнить его собственные свойства. Они составляют три группы, включающие: *1) реализм в восприятии окружающей действительности (перцептивная составляющая), 2) желание человека адаптироваться к окружающей обстановке (мотивационная составляющая) и 3) способность адаптироваться — «принимать» — окружающих такими, какие они есть (регулятивная составляющая).*

Классическим примером гармоничной черты характера, отражающей параметр адаптивности, считается приветливость, описываемая как сочетание радушия, ласковости, учтивости, любезности. Приветливость — это способ демонстрирования принятия человека человеком, отраженный в манерах и привычках. Внешние проявления приветливости направлены на избегание потенциальных или устранение имеющихся реальных конфликтных взаимоотношений между людьми. Внутренне человек может не испытывать симпатии к участнику коммуникации, но не демонстрировать ее. Приветливость — это форма вежливости, хороших и гармоничных манер, улучшающих процесс общения, а не обостряющих его. Однако, приветливость будет считаться гармоничной чертой характера лишь в случаях, если будет использоваться «к месту». Для того, чтобы оценить ее как гармоничную, нужно проанализировать ситуацию, в которой она проявляется. Важно соответствие привычной реакции (например, приветливости) раздражителю или событию. Если собеседник ведет себя нахально, оскорбляет человека или даже ему угрожает, то приветливость нельзя назвать гармоничным ответом на хамство. Значимым является перцептивная составляющая, позволяющая реально оценивать в каких случаях и при каких обстоятельствах следует использовать данной свойство характера. Реализм же, как правило, базируется на *феномене «здравого смысла».*

Под здравым смыслом понимается познавательный процесс, в основе которого лежит адекватное (истинное) восприятие и понимание смысла поступков окружающих. Для того, чтобы говорить о гармоничности характера человека следует оценить его *здравомыслие.* Он должен быть реалистом, т.е. человеком, который в своей оценке происходящего руководствуется сущностными, действительными параметрами, ясно и трезво понимает суть и мотивы поведения окружающих. Здравомыслию противостоит в рамках дисгармоничности характера *феномен каузальной атрибуции,* который проявляется пристрастным и несоответствующим реальности пониманием и объяснением мотивов поступков окружающих.

Вторая составляющая параметра адаптивности — мотивационная — отражает желание человека приспосабливаться к окружающим, иметь с ними гармоничные (бесконфликтные или эффективные) отношения. Важную роль в мотивации процесса адаптации к окружающим играет ценностная сторона жизни. Человек ранжирует жизненные события по ценности и значимости для того, чтобы решить к каким из них ему следует приспосабливаться, а какие он может игнорировать или с какими он желает вступать в противоборство. Проявление упрямства, как черты характера, зависит от значимости ситуации, в которой упрямство демонстрируется. Ребенок

не будет упрямым, если ему предложат съесть мороженое, но может упрямо противодействовать попыткам родителей заставить его надеть ту или иную не нравящуюся ему одежду. Человек может быть приветливым с людьми, которым симпатизирует или от которых зависит решение каких-то его запросов и неприветливым и даже подчеркнуто грубым по отношения клицам, в которых совершенно не нуждается.

Регулятивная составляющая адаптивности отражает навыки и способности проявлять те или иные необходимые для коммуникации качества характера и компенсировать (скрывать или подавлять) неадаптивные. Скупой человек может стараться подавлять свою не престижную черту, а трусливый демонстрировать храбрость. Длительная регуляция неадаптивных черт характера способна привести к их полной компенсации, а иногда к гротескному проявлению противоположных качеств (гиперкомпенсации).

К параметрам, отражающим гармоничные черты характера, относится *самоактуализаиия*. которая также, как и адаптивность включает три составляющих: перцептивную, мотивйционную и регулятивную. Эти составляющие частично совпадают с характеристиками, приведенными выше, частично дополняются иными характеристиками.

О гармоничности приветливости, как свойства, отражающего и адаптивность и самоактуализацию, можно говорить лишь в случае если человек не испытывает негативных чувств в связи с внешним проявлением приветливости. Если на уровне адаптивности гармоничным считается «принятие других и мира», то на уровне самоактуализации — «принятие себя». В принятии себя отражается реализм в оценке своих качеств, способностей и возможностей, понимание и принятие выработанных ценностей и насущных потребностей, жизнь с самим собой в согласии, изживание психологических комплексов или примирение с ними.

Принятие себя начинается с реальной *самооценки* и формирования *самоуважения.* Важной характеристикой гармоничности самооценки является ее гибкость. Также как существенным для оценки дисгармоничного характера считается выявление ригидности самооценки в сторону либо завышения, либо занижения. В рамках гармонии характерологических черт человек не склонен однозначно оценивать свои способности, возможности и качества. Типичным является легкость изменения оценки после действий, в которых не совпало представление о себе с реально выявившимися чертами. Наряду с самооценкой и производным от нее, значимым гармоничным свойством является *реальность и гибкость уровня притязаний.* Уровень притязаний, т.е. совокупность ожиданий, целей и притязаний относительно своих будущих достижений, рождается из двух противоположных тенденций (Б.С.Братусь): тенденции поддержания своего «Я», своей самооценки на максимально высоком уровне и тенденции умбрить свои притязания и избежать неудачи с целью не нанести урон самооценке. Самоуважение в рамках гармонии характера следует тем же закономерностям, что и самооценка и уровень притязаний.

Другими важными качествами самоактуализации, по А.Маслоу, являются *спонтанность, простота, автономность и проблемная цен-трация.* Суть их заключается в естественности проявлений всех черт характера, нежелании преподносить себя в гораздо лучшем свете, чем в реальности в ситуациях, которые не требуют манипулятивно-го поведения. Особо следует отметить качество автономности, т.е. независимости в принятии решений и оценке ситуаций от окружения, собственных ожиданий (экспектаций), желаний и потребностей. При гармоничном складе характера отмечается внутренний адекватное распределение локуса контроля за ситуациями (от внутреннего до внешнего). Суть адекватного распределения заключена в известном правиле гармоничного человека о том, что он должен обладать способностью изменять ситуации, которые поддаются изменению, принимать такими, какие они есть не поддающиеся изменениям ситуации и научиться различать их.

Перечисленные качества составляют сущность одной из наиболее существенных параметров гармоничного характера — зрелости. *Зрелость* (в психологическом смысле) — это способность приспосабливаться к среде по законам житейского разума (Б.В.Зейгарник). Она подразумевает сочетание достаточно высоких идеальных устремлений с готовностью выполнять скромные, земные задачи ради этих высоких устремлений. Зрелость включает психологическое умение

человека разводить идеальные и реальные цели. В противовес зрелости характерным для дисгармоничного характера выступает *инфантилизм* (незрелость, «детскость»). К инфантильным свойствам относят наивность, несамостоятельность, нездравомыслие и т.п.).

Представленность различных параметров в рамках гармоничного и дисгармоничного характеров продемонстрирована в таблице 13:

Сравнительная характеристика гармоничных и дисгармоничных черт характера

Таблица 13

Гармоничный характер	Дисгармоничный характер
адаптивность	дезадаптивностъ
зрелость	инфантилизм
здравомыслие	нездравомыслие
гибкость	ригидность
реализм в оценке окружающих	использование каузальной атрибуции
реальность самооценки	нереальность самооценки
самостоятельность	несамостоятельность
автономность	зависимость ,
простота, естественность	неестественность
проблемная центрация	центрация на несущественных параметрах
самоуважение	крайние варианты отношения к себе (самоуничижение, самовосхваление)
разумное сочетание эгоистических и альтруистических целей	эгоцентризм

Клинические проявления черт характера весьма разнообразны. В отличие от свойств темперамента они не носят амотивационного характера, а всегда мотивационно опосредованы, т.е. закрепление в процессе социализации характерологических привычек, манер, стилей мышления и поведения связано с требованиями окружающего общества (микро- и макросоциуума), а также с целями, мотивами и потребностями человека.

Характерологические свойства можно разделить на две группы: базисные (терминальные) и инструментальные. Первые должны способствовать удовлетворению сущностных потребностей человека (создавать, в первую очередь, внутреннюю гармонию), вторые — удовлетворять запросы общества (создавать внешнюю гаромничность). Н.Пезешкиан назвал их актуальными первичными и вторичными способностями. Дифференциально-аналитическая концепция Н.Пе-зешкиана позволяет оценивать как норму, так и аномалии характера, а также выявить причины явных и скрытых межличностных конфликтов.

Феноменологически особенности характера представлены широким спектром черт, формируемых в процессе воспитания. Вот лишь некоторые из них: пунктуальность,

чистоплотность, организованность, послушание, вежливость, доверчивость, уверенность в себе, старательность, бережливость, надежность, точность, терпеливость, прямота. Каждая из них способны выступать в альтернативной форме и отражать аномалию развития характера. Выраженность и направленность многих из черт характера оказывается значимой в клинической психологии при оценке типов психического реагирования на заболевание, выработке эффективного уровня взаимоотношения и взаимодействия между медицинским работником (врачом, медицинской сестрой, психологом или социальным работником) и пациентом. К примеру, причиной конфликта в клинике может стать нечистоплотность или неорганизованность медицинского персонала или непунктуальность или нетерпеливость больного, вызванного для проведения процедур.

Черты характера в клинической психологии традиционно объединяют в группы на основании преобладания тех или иных качеств и свойств, а также их специфического сочетания, указывая преобладающий характерологический радикал. Выделяют следующие типы характера: 1) истерический, 2) шизоидный, 3) эпилептоидный, 4) психастенический, 5) астенический, 6) паранойяльный.

Истерический тип характера, как правило, формируется на базе холерического или меланхолического типов темперамента, поскольку повышенная эмоциональность и впечатлительность выступают как важное свойство истерических черт. Сущностью же истерического характерологического радикала является эгоцентрический мотив нахождения в центре внимания всех взаимоотношений. Он обозначается как *«жажда признания»* и служит основой формирования иных клинических феноменов. Человек с преобладанием истерических черт характера стремится привлечь и завоевать внимание окружающих, избежать «незамеченности». Таким образом, *эгоцентризм* приводит к формированию иных черт, которые могли бы способствовать удовлетворению потребности быть в центре внимания. Такими чертами становятся *эксцентричность внешности, поведениям высказываний.* Суть их заключена в неординарных, отличающихся от обыденных и традиционных попытках представить себя в обществе. Для этой цели используется яркая, броская одежда, макияж, необычный цвет волос или прическа, сверхмодная или нарочито не модная одежда, обладание и демонстрация престижных личных вещей. Поведение также носит гротескный характер с преобладанием крайних степеней выраженности эмоций и предъявления их на показ окружающим. Лица с истерическими чертами характера не способны к легким степеням эмоциональных переживаний. У них всегда «полный накал», запредельные эмоции и чувства, аффективный максимализм. Преобладание грубых эмоций в сочетании с поверхностными эмоциями в рамках истерических черт характера называется *бруттальностъю аффекта.* Кроме перечисленных особенностей поведение у таких людей носит изменчивый, непостоянный характер. Они склонны к резкой перемене поведения, также как и к лабильности настроения (*аффективно-мотивационная лабильность).* Вследствие этого отмечается часто непоследовательность поступков, их зависимость от ситуативных факторов и, в частности, от внимания окружающих. В поведение вследствие поиска признания со стороны социума отмечаются *театральность, неестественность, вычурность, манерность, демонстративность, нарочитость поступков.* Проведение таких лиц схоже с игрой плохого артиста, у которого видно, что он играет, а не живет, демонстрирует эмоции, а не переживает реально. Неестественность может проявляться в *истерическом смехе и плаче,* характеризующихся чрезмерной надрывностью, звучностью, показательностью и «игрой на публику». Высказывания часто носят эпатирующий характер. Лица с истерическими чертами стремятся вызвать шок или, по крайней мере, удивление у окружающих тем, как и о чем они говорят. Это может быть особая манера произносить слова или фразы (с придыханием, с акцентом), использовать не к месту превосходные и уничижительные степени («ты гениально убрал свою комнату», «я фантастически развлеклась», «мерзкие огурцы» и т,д.). С целью привлечения внимания к собственной персоне человек с истерическими чертами характера может в неподходящем месте рассказывать скабрезные анекдоты, использовать ненормативную лексику. Кстати, учитывая тот факт, что *чрезмерная озабоченность внешней привлекательностью* является важной характеристикой истерика, на уровне высказываний он склонен к декларированию собственной гиперсексуальности. Именно поэтому им активно в разговорах эксплуатируется сексуальная тема. Еще одной характеристикой является *повышенная внушаемость* обладателей истерического характера, а также склонность к мистическому и мифологическому осмыслению действительности. Такие люди нередко склонны больше доверять гороскопам,

предзнаменованиям, интуиции, снам или случайному стечению обстоятельств, чем разуму и логике. Кроме того, истерик часто предъявляет завышенные требования к окружающим, склонен к критике, иронии и сарказму. При этом собственные промахи им вытесняются, не замечаются. Типичным в критической психотравмирующей ситуации является экстрапунитивная направленность реагирования — несправедливое обвинение окружающих в происшедшем событии, избегание принятия на себя ответственности за промах, а также попытка защитить себя и представить жертвой обстоятельств или предвзятот го отношения со стороны окружающих.

Разновидностью истерического типа характера является *нарциссический тип*. Его особенностью является склонность к самолюбованию, что сопровождается завышенной ригидной самооценкой с завышенным уровнем притязания по отношению к окружающим.

Шизоидный тип характера нередко отождествляют с шизофреническим спектром характерологических особенностей, отмечая повышенную значимость в механизмах его формирования биологических факторов (а не психологических). В действительности шизоидные черты-характера базируются на меланхолическом или флегматическом типах темперамента, но в их становлении играет роль и фактор воспитания. При становлении шизоидных черт характера на базе меланхолического типа темперамента говорят о *сенситивном шизоиде*. Нередко шизоида отождествляют с интравертом. Сущностью шизоидного радикала является ориентация в деятельности в большей степени на внутренние ощущения и переживания, чем на внешние ситуативные. Лицам с шизоидными чертами характера настолько же не присуща рефлективность, насколько она присуща лицам с истерическими чертами характера. Основной базовой особенностью шизоида является его *замкнутость, нелюдимость, необщительность и отгороженность от окружающего мира,* погруженность в мир собственных фантазий. Человек не страдает от своей замкнутости. Он оправдывает свою нелюдимость отсутствием интересных людей, банальностью и тривиальностью всех коммуникаций, отсутствием получения удовлетворения от процесса общения.

У человека с шизодными чертами характера нарушается и сам процесс коммуникации. Он начинает носить формализованный, мани-пулятивный характер. Появляются штампованные способы реагирования на ситуации, неумение начать разговор и закончить его. Особенно ярко это проявляется при телефонном разговоре, когда шизоид опускает телефонную трубку, часто забывая выполнить формальности — попрощаться и не выслушав завершающих фраз собеседника. Весь процесс коммуникации носит эмоционально выхолощенный оттенок. *Неспособность переживать яркие эмоции, снижение уровня обыденного эмоционального реагирования и ангедония* являются типичными признаками лиц с шизоидными чертами. Особо ярко проявляется *эмоциональная холодность* по отношению к близким, неспособностью к эмпатическим отношениям, нежности, теп-лоте в общении. Однако, для шизоидов нетипичным является и гнев. Эмоциональная угшощенность проявляется снижением эмоциональных реакций как в случаях одобрения деятельности со стороны окружающих, так и в случаях критики.

Как видно из описания, шизоидные черты характера практически не имеют сходных с истерическими черт. Можно даже говорить об альтернативности шизоидных и истерических радикалов, невозможности их сочетания. Внешне сходными, но принципиально различными по механизмам возникновения являются такие параметры как *эксцентричность внешности, поведения, высказываний.* Клинически они различаются только эмоциональным фоном, на котором развертываются (выраженным — у истериков, отсутствующим — у шизоидов). Эксцентричность лиц с шизоидными чертами характера обусловлена отсутствием рефлексии, снижением значимости оценки со стороны окружающих их поведения и высказываний. Такой человек ведет себя так, как считает удобным для него и субъективно правильным. Он не склонен ориентироваться на внешне заданные нормы и правила поведения. К примеру, шизоид может не считать обязательным для себя надеть на светский раут соответствующую одежду, и может придти в рваных и грязных джинсах. Это не является сознательным эпатажем, т.е. попыткой протестовать против чего-либо или бросить вызов обществу. Шизоид действует по принципу удобства и комфортности для него самого. По такому же механизму возникает и такая черта характера шизоида как *прямота высказываний и бескомпромиссность,* когда он может невзирая на ранги и ситуацию высказать человеку все, что он о нем думает в глаза. Отличительной особенностью является также *ригидность* и склонность к поведенческим стереотипам, нелюбовь к каким бы то

ни было изменениям в себе и вокруг. Например, это проявляется негативной реакцией на приобретение и ношение новой одежды, похода к парикмахеру, перемены места жительства или перестановке и смене мебели в квартире.

Эпилептоидный тип характера также как и шизоидный преимущественно возникает на базе меланхолического или флегматического типов темперамента. Сходство данных типов основывается на *инертности психических процессов.* Однако, по иным параметрам наблюдается существенное различие. Эпилептоидный тип по названию и клиническим проявлениям конгруэнтен эпилептическим изменениям характера, что дает основание некоторым ученым говорить об общих патогенетических корнях. Клинически эпилептоидный характерологический радикал проявляется *эмоциональной ригидностью, склонностью к длительному застреванию на каких-либо эмоциях.* Такие люди могут по несколько месяцев и лет помнить и переживать нанесенные им обиды, вновь и вновь возвращаться к ситуациям, вызвавшим негативные аффекты. Эмоциональная ригидность дополняется *замедленностью и тугоподвижностью мышления.* Именно вследствие инертности всех психических процессов происходит формирование специфичных для эпилептоида черт характера: *педантизма, повышенной аккуратности, организованности, склонности следовать нормам, ориентации на четкие правила.* Такого человека может раздражать неаккуратно (несимметрично) висящая картина, не параллельно разложенные в столе ножи и вилки и пр. Он склонен к формальному следованию всем предписаниям. Принцип такого человека: «Каждая вещь должна знать свое место». Наряду с перечисленными, типичным для эпилептоида является *склонность к дис-фориям* — вспышкам гнева, эмоциональной разрядке после длительного переживания какого-либо события. Такой вариант эпилептоидного типа характера носит название *возбудимого*.

Психастенический тип характера имеет разные синонимы: *ананкастный, обсессивно-компульсивный*. которые отражают различные его варианты с преобладанием тех или иных качеств. Как правило, психастенический радикал формируется на основе холерического или меланхолического типов темперамента. *Это* роднит его с истерическим. Однако, на этом сходство этих типов характера заканчивается. Их принципиальное различие в том, что повышенная эмоциональность у истерика сопровождается экстрапунитивной направленностью реагирования, а у психастеника — интрапунитивной. Таким образом, основными характеристиками психастенических черт являются *застенчивость, смущенность, робость, нерешительность.* У человека с подобными чертами характера затрудняются контакты с окружающими в силу невозможности справиться с волнениями и тревогами по поводу *повышенного чувства рефлексии и заниженной самооценки.* Он сторониться людей, поскольку боится выглядеть смешным, неуклюжим, некрасивым и плохим собеседником. Робость приводит к тому, что он становится молчуном особенно в компании с незнакомыми людьми. В знакомой же обстановке робость может компенсироваться. Вследствие опасений предстать перед окружающими в «неприглядном» виде, такие люди вырабатывают поведенческие ритуалы на все случаи жизни. Они научаются формально общаться, но страшатся неожиданных поворотов и перемен в жизни. Немаловажной характеристикой психастеника является и его *мнительность и осторожность.* Мнительность охватывает как представление об отношении окружающих к нему («осуждают», «не доверяют и перепроверяют»), так й *ипохондричность,* т.е. повышенная, часто необоснованная тревожность по поводу собственного здоровья. Психастеник проявляет осмотрительность и осторожность даже там, где она оказьшается излишней. Он склонен перепроверять многие собственные и чужие действия во избежании трагедии. В патологических случаях это приводит к развитию *навязчивых идей.* Пациент с психастеническими чертами характера страшится, что забыл выключить свет, газ, перекрыть воду и закрыть входную дверь при выходе их дома. Сомнения могут терзать его долгое время, приводя в еще более тягостное эмоциональное состояние. В силу этого психастеник часто бывает озабочен деталями, правилами, перечнями, порядком и графиками. Он также, как эпилептоид может быть *педантом.* Тревожность нередко выражается в стиле поведения. Так, психастеник во избежании опоздания может приходить на вокзал за несколько часов и ожидать прибытие поезда. Он склонен перестраховываться. Кроме того, типичной психастенической чертой считается *перфекционизм* — стремление к совершенству в любом деле. Нередко в связи с этим человек не может доделать важное дело, поскольку продолжает что-то дорабатывать, совершенствовать. При этом утрачивается динамичность жизни, поскольку *повышенная*

скрупулезность, чрезмерная добросовестность приводит к обратным результатам и разочарованиям.

Вариантом психастенического типа характера является *тревожный тип.* Его особенностью является повышенная озабоченность критикой в свой адрес или неприятия в социальных ситуациях, нежелание вступать во взаимоотношения без гарантии понравиться.

Астенический тип характера сходен с психастеническим, однако включает в себя набор специфических особенностей. Иногда он называется *зависимым типом характера.* Его сущностью является *уклонение от любой ответственности, растворение и подчинение собственных потребностей в потребностях других,* а также *повышенная эмотивность.* Такой человек, как правило боится иметь собственное мнение, страшится самостоятельности и ощущает беспомощность в одиночестве. Он склонен постоянно ориентироваться на мнение окружающих, жить их жизнью. Астеник пассивен, безынициативен, довольствуется тем, что оказывается доступным, не прилагает никаких усилий к тому, чтобы как-то изменить свою жизнь. Наряду с этим, в структуру астенического характера входит повышенная эмотивность, сентиментальность и жалостливость.

Паранойяльный тип характера отличается от остальных, в первую очередь, *чрезмерной чувствительностью к неудачам* и отказам со стороны окружения. Это связано с имеющейся тенденцией к завышенной самооценке и уровня требований к социальному окружению. Параноик считает, что все вокруг обязаны считаться с его мнением, его делами и склонен бурно реагировать в случае несовпадения реальности его ожиданиям. Он нередко ворчлив, постоянно чем-то недоволен, стремится подмечать промахи окружающих и делать им замечания. Также, как при эпилептоидных чертах характера проявляется аффективная ригидность. Специфичным для параноидальных черт характера считается такая особенность как *подозрительность, поиск тайного, угрожающего смысла в поступках окружающих.* Параноик склонен к мистическому и иррациональному познанию действительности, он может быть суеверен, склонен искажать факты путем неверного их истолкования. У него отмечается повышенное чувство обиды — сознательно негативного отношения к нему даже случайных людей. К примеру, параноик может быть убежден, что ему в магазине специально подсунули кислое молоко, тогда, как он покупал его наравне с другими покупателями. Любые высказывания окружающих, их жесты или поступки расцениваются параноиком как имеющие непосредственное отношение к нему, Параноик прямолинеен в высказываниях и поступках, ревнив и склонен к правдолюбию и поиску справедливости даже в мелочах, Нередко, в рамках паранойяльных черт характера появляются доминирующие идеи, которым человек отдает всего себя. Доминирующие идей — это идеи фикс, различные по тематике (изобретательства, политического переустройства, сутяжничества и кверулянства), но сходные эмоциональной заряженностью на их воплощение в жизнь.

Приведенная выше типология черт характера является одной из многочисленных типологий. В мировой психологической литературе известна типология К.Леонгарда, который выделял десять разновидностей характера: гипертимный, дистимный, тревожный, эмо-тивный, демонстративный, экзальтированный, застревающий, педантичный, возбудимый, аффективно-лабильный типы акцентуированных личностей и их сочетания. Если попытаться соотнести типологию К.Леонгарда и традиционную для клинической психологии типологию, то гипертимную, демонстративную и экзальтированную акцентуации следует включить в истерический тип, тревожную — в психастенический, эмотивную и дистимную — в астенический, аффективно-лабильную — в эпилептоидный (возбудимый вариант) и истерический, застревающую и педантичную — в эпилептоидный и психастенический типы.

Каждый из перечисленных типов характера может относится к условной норме, быть заостренным (акцентуированным) или становиться основой т.н. расстройств личности — психопатии в старом употреблении термина. Под *акцентуациями характера* понимается заострение черт характера, не доходящих до патологической степени. Акцентуации можно расположить на границе между характерологической нормой и патологией. По мнению А.Е. Личко, акцентуации отличаются от клинически выявляемой патологии характера тем, что: 1) проявляются не всегда и не везде, а лишь в тех случаях, когда трудные жизненные ситуации предъявляют повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления» в характере данного индивида; 2) не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации личности или

нарушения адаптации носят временный, преходящий характер; 3) в определенных жизненных ситуациях могут даже способствовать социальной адаптации.

Особо обратим внимание на последний параметр, в соответствии с которым заостренные черты характера могут при определенных условиях способствовать адаптации. Так, человек с истерической акцентуацией характера будет компенсировать и адаптирован, если станет актером, а шизоид легко сможет адаптироваться с работе, в которой требуется находиться длительное время в одиночестве.

Формирование характера происходит на базе свойств темперамента под влиянием определенных форм воспитания (целенаправленного или нецеленаправленного — стихийного). Воспитание включает как воспитание через указание, так и через пример. Нередко

Виды воспитания (по N.Peseschkin)

Рисунок 7

ВОСПИТАНИЕ		
для общества	для воспитателя	для воспитуемого

родители не могут четко сформулировать цели воспитания или эти цели изменяются в зависимости от обстоятельств, поэтому можно говорить, что целями воспитательного процесса на уровне черт характера будет являться формирование гармоничного характера, о параметрах которого мы писали выше.

Н.Пезешкиан разделил воспитание в зависимости от поставленных воспитателем задач на три вида: *воспитание для общества, воспитание для воспитателя, воспитание для воспитуемого.* Предполагается, что воспитание той или иной характерологической черты нацелено на выполнении какой-то важной задачи, и должно преследовать какую-нибудь значимую для самого человека, его близкого или дальнего окружения цель (рисунок 7).

При «воспитании для общества» такими задачами являются формирование социально значимых черт, становление обязательных или требуемых от членов общества качеств (например, законопослуша-ния). В рамках «воспитания для воспитателя» задачи вытекают из особенностей педагогического процесса. Предполагается, что это должны быть черты характера, максимально облегчающие воспитание (к примеру, послушание). «Воспитание для воспитуемого» ставит задачу выработки таких качеств характера, которые способны гармонизировать самого человека, стать выгодными ему. Сравнивая три вида воспитания, отметим, что два первых не могут быть признаны полностью адекватными, целесообразными и эффективными, поскольку в целях воспитания учитывается лишь внешний аспект. Они нацелены на создание возможностей для более полноценной адаптации к микро- и макросоциуму. Гармоничность же характера человека, как указано выше, включает еще и самоактуализациию» которая при «воспитании для общества» и «воспитании для воспитателя» полностью игнорируется. Вследствие этого, два пер-

вых вида воспитания можно условно назвать дрессурой, поскольку выработка черт характера строится по принципу внешней целесообразности. К тому же, она нередко исходит из принципа выгоды.

В.Я.Гиндикиным и В.А. Гурьевой описаны несколько типов неправильного воспитания, способствующих формированию тех или иных патохарактерологических развитии личности:

1. «Кумир семьи». Воспитание включает в себя восхваление ребенка, культивирования в нем чувства исключительности, освобождение его от всех тягот, склонность к выполнению любой его прихоти, снятие ответственности за проступки.

2. Гиперопека. Воспитание включает чрезмерное внимание и кон-троль со стороны взрослых, навязывание своего мнения по любому вопросу, диктование каждого шага, ограждение от опасностей, культивирование осторожности.

3. Гипропека. Воспитание включает недостаточное внимание со стороны родителей, игнорирование целенаправленного воспитания. В крайнем выражении представлено воспитанием по следующему типу.

4. Безнадзорность. Высокая степень гипопеки.

5. «Золушка». Воспитание включает лишение ребенка ласки и внимания со стороны старших. Постоянное третирование ребенка, унижение, противопоставление другим детям, лишение удовольствий.

6. «Ежовые рукавицы». Воспитание включает систематическое из-биение ребенка, диктаторское отношение к нему, отсутствие тепла, сочувствия и поощрения.

Наряду с перечисленными, американскими психиатрами выделено воспитание с использованием *«парадоксальной коммуникации», или «двойного принуждения».* Отмечается, что данный тип воспитания отмечается у т.н. «шизофреногенных матерей». Суть его заключается в сочетании непоследовательности предъявления требований к ребенку с отсутствием эмоционального контакта с ним. Ребенок в ситуации «двойного принуждения» не может выработать поощряемого взрослым стиля поведения. Он не понимает, какой поступок считать правильным, а какой неправильным. Например, мама, купив ребенку две машинки (одну зеленого, другую синего цвета), спрашивает о том, какая из них нравится ребенку больше. Получив с благодарностью эмоционально подкрепленный ответ, что — зеленая, она с обидой говорит: «Значит синяя тебе не понравилась?». Налицо парадоксальная коммуникация. Любой ответ ребенка вызы-

Таблица 14 Распределение различных тагов воспитания и типов характера

	И	ш	э+в	ПС	А	п	м
"Кумир семьи"	*						*
Гиперопека	*	*	*		**		*
Гипоопека	*	**	**		*		*
Безнадзорность		*	*				
"Золушка"					*		
"Ежовые рукавицы"		*	**	*	*		*
Парадоксальная коммуникация		**				*	*

ОБОЗНАЧЕНИЯ: И — истерический, Ш — шизоидный, Э+В — эпи-лептоидный (возбудимый вариант), ПС — психастенический, А — астенический, П — паранойяльный, М — мозаичный (смешанный).

вает негативную реакцию матери и приводит его в замешательство, не способствуя формированию гармоничного характера.

Считается, что к разным типам характера предрасполагают различные типы неправильного воспитания (таблица 14).

Подытоживая раздел, посвященный характерологическим особенностям человека, укажем, что на данном уровне психической индвидуальности главенствующую роль играет фактор целенаправленного воспитания и самовоспитания психологических свойств и качеств, которые в дальнейшем остаются практически неизменными и могут определять стили отношения к различных сторонам жизни, в том числе к собственным болезням и психологическим проблемам.

Личность

В структуре индивидуальности личность занимается высшую ступень иерархической лестницы. Личностные качества формируются на базе нижележащих уровней, однако не определяются исключительно их типами и свойствами. В отличие от типов темперамента и черт характера, являющихся устойчивыми и практически неизменными параметрами психической индивидуальности, качества личности могут изменяться в течение жизни, иметь тенденцию к разнонаправленности в зависимости от внешних и внутренних устремлений.

Личность — это относительно устойчивая система социально значимых черт, характеризующая индивида как члена того или иного общества или общности. Другими словами, для становления и проявления личностных качеств существенное значение имеет социум. Если свойства темперамента или черты характера могут проявляться вне зависимости от социального окружения (к примеру, эмоциональность, чистоплотность и аккуратность отшельника, не видящего людей многие годы), то качества личности невозможно проявлять вне общения и взаимодействия с людьми или иными живыми существами.

Нередко личностные качества смешивают с индивидуально-психологическими и используют в качестве синонимов слова «личность» и «индивидуальность». Л.М.Баткин в связи с этим писал, что в разные эпохи в разных странах для обозначения этих понятий использовались различные термины. Так, греки, имея ввиду индивида с социально значимыми чертами, говорили о «добром муже», «герое», «мудреце». Римляне использовали-термин «гражданин», индусы — «атман», англичане XVIII века — «джентльмен».

Основными отличиями личностных качеств от характерологических черт являются: *степень волевой регуляции поведения, использование нравственных оснований, мировоззренческих установок, склонностей и социальных интересов для при выборе системы поступков.* Поступок или система поступков как отражение особенностей характера совершаются в силу выработанной и усвоенной индивидом традиции, привычке и до определенной степени автоматизированы, то в рамках личностных качеств они опосредуются мотивами, интересами, склонностями, потребностями и регулируются с помощью волевых актов.

Ю.М.Орлов предложил разделять людей на две категории в зависимости от истоков поведения: «людей привычки» и «людей воли». Первая в своей деятельности базируется на характерологических особенностях, вторая — на личностных. Типы характера различаются лишь направленностью и сферой применения «привычек». Человек по привычке может быть пунктуальным, чистоплотным, аккуратным или прилежным. Если черты характера сформированы, то поступки индивида не требуют от него приложения каких-нибудь

усилий для их выполнения. Однако, в жизни привычка может идти вразрез с требованиями обстоятельств и тогда необходимости сделать волевое усилие для совершения малоинтересного или кажущегося неактуальным действия. Волевая регуляция деятельности основана на тех социальных потребностях, которые формируются в период зрелости человека. Это *потребности принадлежать к социальной группе, занимать в ней определенное положение, пользоваться вниманием и привязанностью окружающих, быть объектом уважения и любви.* Немаловажными являются и социальные потребности «для себя» (П.В.Симонов) — *потребности в самоуважении и самоактуализации.*

Для удовлетворения социальных потребностей человек в процессе воспитания и самовоспитания стремится обрести общественно поощряемые нравственные качества и сформировать социально одобряемое и разделяемое референтной группой или коллективом мировоззрение. А также выработать качества, на основании которых он смог бы принимать и уважать себя. К личностным качествам можно отнести доброту или злобу (к примеру, добросердечность, добропорядочность или непорядочность, альтруизм или эгоизм, филантропию или мизантропию), любовь или ненависть (жалость или черствость, неравнодушие или равнодушие), верность или неверность, храбрость или трусость, оптимизм или пессимизм, стыдливость, совестливость или бессовестность, алчность или щедрость, лживость или честность, справедливость и правдолюбие и др.

Стать личностью — означает, во-первых, занять определенную жизненную позицию, прежде всего определяющую нравственные приоритеты, во-вторых, в достаточной степени осознать ее и нести за нее ответственность, в-третьих, утверждать ее своими поступками и делами (Б.С.Братусь). Занятие жизненной позиции и выработка для ее поддержания определенных личностных качеств определяется *личностным смыслом,* личностным значением, которые должны ответить на вопрос ради чего совершается или должно быть совершено то или иное действие. Личностный смысл выражает отношение субъекта к явлениям объективной действительности, он создается в результате отражения субъектом отношений, существующих между ним и тем, на что его действия направлены как на свой непосредственный результат (цель). Т.е. личностный смысл порождается отношением мотива к цели.

Одной из важных характеристик личности является *ценностная ориентация, или личностные ценности.* Под личностными ценностями понимают осознанные и принятые человеком общие смыслы его

жизни. Индивид в процессе становления личностных качеств овладевает философией жизни, производит ранжирование ценностей в зависимости от нравственных устремлений, решает наиболее трудный вопрос о *смысле жизни.*

Б.С.Братусь предложил при оценке личностных качеств использовать уровневую характеристику смысловых сфер. Он выделил четыре уровня: *прагматический, эгоцентрический, группоцентрический, просоциальный.* Нулевой уровень — это собственна прагматические, ситуационные смыслы, определяемые самой предметной логикой достижения цели в данных конкретных условиях. Исходным моментом первого уровня является личная выгода, удобство, престижность. В рамках второго уровне смысловым моментом отношений к действительности становится близкое окружение человека (семья, группа), которую он либо отождествляет с собой, либо ставит ее выше себя в своих интересах и устремлениях. Третий уровень включает в себя коллективистскую, общественную и, как свою высшую ступень, общечеловеческую смысловые ориентации.

Немаловажным параметром личности считается ориентация его целей и потребностей. Выделяют два типа ориентации: *индивидуализм и коллективизм.* Под индивидуализмом понимается приоритет целей и потребностей индивидуума над потребностями основных групп (семья, коллектив, общество). При коллективистской модели личные ценности и потребности подчинены потребностям группы. Однако, взаимоотношение людей в обществе более разнообразно и способствует формированию четырех комбинаций индивидуализма и коллективизма, что в свою очередь определяет развитие тех или иных личностных качеств. Описаны горизонтальный и вертикальный индивидуализм и коллективизм.

Для клинической психологии знание механизмов формирования личностных качеств, также как и механизмов становления характерологических свойств, являются весьма актуальными. Их актуальность связана с распространенным и изменениями характера и личности, появляющимися у лиц, у которых возникло соматическое или психическое заболевание, которые перенесли жизненные потрясения.

Одной из наиболее значительных и убедительных концепций в области клинической психологии **двфференциально-аналитическая концепция N.Peseschkian**. В ней, в частности, разработана схема приоритетных отношений (ценностей) человека и описаны кардинальные

психологические особенности, формирование которых можно объяснить различными ценностными приоритетами. Интерес представляет также транскультуральный подход в оценке формирования личностного смысла и личностных ценностей. Н.Пезешкиан выделяет две принципиально различные по ориентационным приоритетам культуры: западную и восточную, которые способны сформировать как особые устремления отдельного человека и общества, так и создать условиях для переработки внутриличностных и межличностных конфликтов. «Каждый человек имеет свои определенные предпочтения в способах переработки конфликтов, — пишет N.Peseschkian, — и при гипертрофии одной из форм переработки остальные отодвигаются на второй план. То, какие из форм оказываются в предпочтении, зависит в значительной степени от воспитания и, прежде всего, от опыта, полученного в детстве».

Согласно концепции дифференциального анализа приоритеты (ценности) человека или культуры (этноса) могут быть сосредоточены в четырех областях, названных: тело/ощущения, деятельность/ работа, контакты, фантазии/будущее. В приоритеты, обозначенные условно *«тело/ощущения»* включаются такие ценности, как: физическое и психическое самочувствие, внешняя привлекательность, сексуальность, удовлетворенность количеством и качеством сна, принятия пищи. Вследствие развития данного приоритета в процессе воспитания вырабатываются, например, такие свойства характера, как чистоплотность, сексуальность, качество физического и психическою комфорта. К приоритетам, названным *«достижения/ работа»,* относится ценность труда, отношение к работе, ее престижности, авторитету, карьерные ценности и пр. На их основе формируется, к примеру, пунктуальность, организованность, послушание, надежность, бережливость. Приоритетность *«контактов»* говорит сама за себя. В этой области ценностями становится любовь,

терпение, доверие. Сфера приоритетности *«фантазии/будущего»* включает становление ценностей религии, интуитивных способов жизни, творчества. Каждая из четырех сфер закрепляет ценности в процессе воспитания человека с помощью концепций-девизов (житейских мудростей, на основании которых строятся взаимоотношения в семье, обществе, культуре, этносе).

«По моим наблюдениям, сделанным более чем в двадцати культурах, — пишет N.Peseschkian, — в Европе и Северной Америке на первом месте оказываются ценности из области «тело» и «деятельность», в то время как на Востоке прослеживается тенденция доминирования областей «контактов», «фантазий» и в меньшей степени «тела» (рисунки 9 и 10).

Западная модель приоритетов (ценностей, обладание которыми становится смыслом жизни им способствует обретению психологического комфорта), ориентируется на ценности сохранения собствен-

ного здоровья, внешней привлекательности, «моложавости, спортивности», сексуальности, а также карьеризма, увлеченности работой, престижности. Приоритеты заставляют изменять жизнь и отдавать этим сферам основную часть «энергии», сил и времени. Именно поэтому человек западной психологической культуры активно занимается спортом (чтобы комфортно себя чувствовать и выглядеть «на миллион долларов»), следит за собой (развивая парфюмерную индустрию), у него все «ОК» и уважает он сильных, достигших чего-либо в жизни, авторитетных и ориентируется на престижность.

Восточная модель приоритетов нацелена, в первую очередь, на контакты между людьми, близкие эмоциональные отношения, поиск смысла в жизни. Эти области становятся значимыми, часто в ущерб иным, например, пунктуальности, организованности, бережливости — характерных западных ценностей.

Личность в психоаналитшеской теория З.Фрейда рассматривается в единстве трех основных структурных компонентов души: *Ид (Оно), Эго и Суперэго.* Ид (Оно), как считал З.Фрейд, содержит все унаследованное, все, что есть при рождении, что заложено в конституции, т.е. инстинкты. Это первоначальная, базисная структура личности, открытая как соматическим требованиям тела, так и действиям Эго и Суперэго. Содержание Ид почти целиком

бессознательное. Оно включает психические формы, которые никогда не были сознательными, равно как и материал, который оказался неприемлемым для осознания. Мысли или воспоминания, вытесненные из сознания и обретающиеся среди теней Ид, по-прежнему способны-влиять на психическую жизнь человека. Эго является той частью психического аппарата, которая находится в контакте с внешней реальностью. Основной внешней задачей Эго Фрейд называет самосохранение посредством бегства, адаптации или деятельности; основной внутренней задачей — контролирование инстинктов в виде подавления, ослабления, сублимации, исходя из обстоятельств и требований внешнего мира. Суперэго служит судьей (цензором) деятельности и мыслей Эго. Это, по мнению З. Фрейда, хранилище моральных установлений, норм поведения. Базисными функциями Суперэго являются совесть, самонаблюдение и формирование идеалов.

С позиции психоаналитической теории становление личности происходит на основе *принципов удовольствия, реальности и постоянства.* Принцип удовольствия утверждает, что психика стремится к достижению удовольствия и избегания боли; принцип реальности говорит о том, что у человека отмечается стремление к приведению

-209-

бессознательных индивидуалистических стремлений к получению удовольствия в соответствие с требованиями внешнего мира, с объективной реальностью; принцип постоянства указывает на то, что психический аппарат обладает тенденцией удерживать имеющееся в нем количество возбуждения на возможно более низком и постоянном уровне.

Теория аналитической психологии К. Юнга рассматривает личность как совокупность *архетипов.* Под архетипом личности понимается форма и способ связи наследуемых бессознательных первичных человеческих прообразов и структур психики, обеспечивающих основу поведения, понимание мира, внутреннее единство и взаимосвязь культуры и взаимопонимание людей. К. Юнг выделял пять основных архетипов личности: *самость, анима и анимус, тень, эго и персону.* Самость он называл архетипом порядка и целостности личности. Анима и анимус представляют интерсексуальные связи в душе каждого индивидуума (первый — у мужчины, второй — у женщины) и фокусируют весь психологический материал, который не удовлетворяет сознательному представлению человека о себе как о мужчине или женщине. Тенью К.Юнг обозначал центр личного бессознательного, фокус для материала, который был вытеснен из сознания и включает тенденции, желания, воспоминания и переживания, которые отрицаются индивидом как несовместимые с его персоной или противоречащие социальным стандартам. Эго — это психическое образование, возникающее из бессознательного и создающее разделение между бессознательным и сознанием. Под персоной понимается представление о том, какими мы предстаем перед миром. Персона тождественная понятию характера и включает социальные роли, индивидуальный стиль выражения эмоций. По мнению К.Юнга, человек рождается не только с набором биологических свойств, но и с психологическим наследством в виде *«коллективного бессознательного».* Оно содержит психический материал, который не может возникнуть в личном опыте и который способствует формированию многих личностных качеств.

С точки зрения **индивидуальной психологии** А.Адлера личность формируется под влиянием стремления человека к совершенствованию и превосходству. Существенным для клинической психологии в плане понимания психологии больного и развития его личности в условиях болезни является мнение А.Адлера о том, что люди со значительной слабостью органов часто пытаются компенсировать это, развивая какую-либо сферу деятельности, оставшуюся доступной для развития. «Почти у всех выдающихся людей мы находим

-210-

какое-либо несовершенство органов, тяжелые болезни, особенно в детские годы — писал он. — Создается впечатление, что они встретили значительные препятствия в начале жизни, но боролись и преодолели свои трудности». Т.е. у человека в процессе столкновения с проблемами с соматическим здоровьем происходит *гиперкомпенсация дефекта.* Особенно ярко она проявляется в случаях сочетания соматической неполноценности *«комплексом неполноценности»* психологического свойства. Формирование личности рассматривается в индивидуальной психологии как формирование жизненных целей, начинающееся в детстве как компенсация чувства неполноценности, не безопасности, неуверенности и беспомощности в мире взрослых.

При этом жизненные цели служат защитой против чувства бессилия, мостом между не удовлетворяющим настоящим и ярким, могущественным, совершенным будущим.

В **гештальтпсихологии** личность человека рассматривается сквозь призму способности перейти от опоры на среду и регулирование средой к опоре на себя и саморегуляцию. Условием достижения гармоничного равновесия между организмом и средой является созна-вание иерархии потребностей. Ф.Перлс считал процесс сознавания центральным пунктом психологии личности, способствующим личностному росту. В основу сознавания он включал понимание организма как целого, принципы «здесь и теперь» и «как и почему». Жизнь в настоящем («здесь и теперь») представлялась Ф.Перлсу признаком личностного психологического здоровья, отличающего гармоничного человека от невротика. Не менее важным принципом считается и осознание индивидуумом процессов совершения поступков («как») и их каузальной детерминации («почему»). «Каждый элемент существования человека — писал Ф.Перлс, — может быть понят как часть одного или нескольких гештальтов, т.е. элемент не может быть понят как «следствие» какой-то «причины» отдельно от целостной матрицы причин, которые в это вовлечены. Наиболее важным выводом гештальтпсихологии для клинической психологии и психологии личности следует считать вывод о том, что принцип-иерархии потребностей всегда действует в человеке и важная незаконченная ситуация всегда проявится, если только человек просто осознает собственный опыт себя.

Бихевиоризм (поведенческий подход к анализу психологии личности) рассматривает личность человека как *сумму паттернов поведения* генетической природы. Любой поступок человека видится как выработанная привычка, сформированная по механизмам рефлексов. Б.Скиннер описал несколько способов становления и закрепле-

ния паттернов поведения и возникновения личностных черт: *обусловливание и подкрепление.* Оперативным обусловливанием называется процесс формирования и поддержания определенного поведения посредством его следствий. Подкрепление отличается от обусловливания только временным параметром. Обусловливание производится до какого-либо действия или поступка, а подкрепление после. К примеру, можно попытаться сделать человека честным обусловливая и подкрепляя это качество: вознаграждая или лишая человека чего-либо в зависимости от проявления или не проявления данного качества. При этом при процессе обусловливания награда или наказание будут обговариваться заранее (до совершения поступка), а при процессе подкрепления — по его завершению. Таким образом, бихевиоризм вторгся в сферу воспитания черт характера, сформулировал собственный подход к этому важному процессу и описал способы управления поведением.

Э.Фромм с позиции гуманистической психологии попытался сформулировать значимые для личности человека параметры, используя понятия *«обладания» и «бытия»,* на основании которых происходит формирование тех или иных качеств личности. Обладанием называется процесс присвоения себе каких-либо внешних или внутренних свойств, качеств, объектов и функций и получение удовлетворения от самого процесса обладания ими. Противостоит ему процесс бытия, существования, характеризующийся получением удовлетворения от жизни. Человек может быть нацелен на одну из систем «У меня есть...» или «Я есть...». По мнению Э.Фромма обладание и бытие являются двумя основными способами существования человека, преобладание одного их которых определяет различия в индивидуальных характерах людей и типах социального характера. Наиболее ярко подобная альтернатива представлена в *отношении к жизни и смерти* — центральной проблеме человеческого существования. Э.Фромм описал две личностные стратегии» обусловливающие выработку специфических качеств человека — страх смерти или утверждение жизни. Отношение к жизни и смерти может рассматривается как сквозь призму обладания, так и сквозь призму бытия. Основываясь на первой платформе страх смерти трактуется как страх потерять то, что имеешь. Вторая же платформа способна предотвратить развитие интенсивного страха смерти в связи с мировоззренческой позицией бытия. Бытие существует только «здесь и сейчас», в то время как обладание проецируется на любое время (прошлое, настоящее и будущее). При ориентации на обладание человек привязан к тому, что накоплено им в прошлом: к деньгам, земле, славе, социальному положению, знаниям, детям, воспоминаниям. Нацеливаясь на будущее человек предвосхищает то, чем он сможет обладать в перспективе. Всего этого можно избежать, если исключить главенствующее давление времени. Время не довлеет над бытием.

Э.Фромм обратился в своих исследованиях к одному из наиболее значимых качеств личности социальному характеру и *«религиозным потребностям».* Решая проблему личности с позиции необходимости построения и ориентации на идеал (идеалы), он обратился к религии. Правда оговорившись, что проблема удовлетворения т.н. «религиозной потребности» не должна сводиться к анализу вопроса что есть религия. Существеннее другой аспект: способствует ли она дальнейшему развитию человека, реализации свойственных ему сугубо человеческих способностей или же препятствует его развитию. «Всякая конкретная религия — писал он, — если она только действительно мотивирует поведение коренится в специфической структуре социального характера индивида».

В рамках гуманистической психологии важную значение имеют работы А.Маслоу о **психологии самоактуализации**. Наивысшим развитием личности он считал самоактуализацию личности — «наиболее полное использование собственных талантов, способностей и возможностей» в отличие от среднего человека, который живет с «заглушенными и подавленными способностями». Теория самоактуализации описала восемь путей — типов поведения для наиболее гармоничного личностного роста: 1) более полное переживание того, что происходит в нас и вокруг нас; 2) если жизнь является процессом постоянного выбора (между безопасностью и ростом, прогрессом и регрессом), то каждый выбор должен основываться на выборе в пользу личностного роста; 3) научение подстраиваться к своей собственной внутренней природе, быть актуальным — реальным, существовать фактически; 4) честность и принятие на себя ответ ственности за свои действия и поступки; 5) учиться верить своим суждениям и действовать в соответствии с ними; 6) максимальное использование своих способностей и разума; 7) быть интегрированным в мир; 8) обнаружение своих психологических защит от мира и работа отказа от них.

Наиболее известными отечественными теория личности, значимыми для клинической психологии, являются **теория отношений личности В.Н.Мяснщева, деятельностная теория личности А.Н.Леонтьева, теория установки Д.Н.Узнадзе и структура личности К.К.Платонова.**

-213-

Главной характеристикой личности в теории В.Н.Мясшцева является система ее отношений, т.е. взаимоотношений и взаимодействий с людьми, становление которой происходит в процессе социализации. Отношения формируют *сознательную избирательность (приоритетность) в контактах с окружающими, определяют степень интереса, силу эмоций и желаний и выступают в качестве движущей силы личности.* Таким образом, личностные качества возникают и становятся устойчивыми только в условиях сознательной деятельности человека, которая способствует субъективно-личностному отношения к социуму. В соответствии с психологией деятельности А.Н. Леонтьева ядром личности является система относительно устойчивых иерархизированных мотивов как основных побудителей деятельности с формированием *смыслообразующих мотивов и мотивов-стимулов.* Основой же выступает отношения иерархии мотивов. Личностный рост осуществляется в процессе общения, которое во многом определяет становление перцептивных, мнестических, мыслительных и других характеристик человека, его эмоционально-волевой сферы. **Теория установки Д.Н.Узнадзе** раскрывает источники и механизмы активности личности, используя понятие установки

Структура личности (по К.К.Платонову)

Таблица 15

Подструктура	Качества	Соотношение биологического и социального

Подструктура направленности	убеждения, мировоззрение, личностные смыслы, интересы	социальный уровень
Подструктура опыта	умения, знания, навыки, привычки	социально-биологический уровень
Подструктура форм отражения	особенности познавательных процессов (внимания, памяти, мышления, ощущения, восприятия и эмоции)	биосоциальный уровень
Подструктура конституциональных свойств	скорость протекания нервных процессов, баланс процессов возбуждения и торможения, половые и возрастные свойства	биологический уровень

субъекта — внутреннего состояния готовности человека определенным образом воспринимать, оценивать и действовать по отноше-, нию к объектам и явлениям окружающей действительности. В свою очередь механизм установки рассматривается не уровне неосознаваемой деятельности, с помощью которой осуществляется удовлетворение той или иной потребности. Структура личности в понимании К.К.Платонова представляет собой соотношение биологического и социального на уровне четырех подструктур (таблица 15).

Многие теории личности подробно рассматривали проблему *жизненного пути (судьбы) личности.* По сути о судьбе, т.е. истории и развитии человека можно говорить, имея ввиду только личностные качества. Поскольку оценивать и анализировать жизненный путь человека исходя из свойств его темперамента или черт характера было бы несправедливым. Судьба не задана и не может вершиться на основании биологических законов или психологических привычек. Человек на личностном уровне творит свою судьбу. Причем этот творческий процесс базируется на *выборе смысла жизни.* Многие люди задаются вопросом, что для развития личности более значимо: получение смысла или его самостоятельный поиск. На этот вопрос по-разному отвечаютлпредставители религии и представители науки (философии). Для первых, развитие личности немыслимо без получения человеком изначального смысла существования, предоставляемого свыше; для вторых — без приобретения смысла в процессе познания сущности бытия.

С точки зрения представителя гуманистической психологии В.Фран-кла, «поскольку жизнь является вереницей уникальных ситуаций и человек уникален как в сущности, так ив существовании, смысл его жизни также уникален», т.е. «нет такой вещи как универсальный смысл жизни, а есть лишь уникальные смыслы индивидуальных ситуаций». При этом все же следует помнить, что существуют смыслы, которые разделяют множество людей или они присущи людям определенного общества. Такие смыслы обозначаются ценностями. Считается, что обладание ценностями облегчает поиск смысла. С точки зрения В.Франкла существенным является тот факт, что ценности, в отличии от смыслов, построены по иерархическому принципу, и человек волен выбирать ценности. Смыслы же опосредуются ответственностью и совестью. «Истинный смысл следует искать при помощи совести — исключительно человеческого феномена,» — писал В.Франкл. Он ярко выразил свою позицию о смысле жизни в психотерапевтической беседе в камере смертников с приговоренным к казни, сказав, что «жизнь либо имеет смысл и в

таком случае он не зависит от ее продолжительности, либо она не имеет смысла и в таком случае было бы бесцельным продолжать ее». Существенными признаками экзистенциального существования человека, делающими его гармоничным, В.Франкл назвал *духовность, свободу и ответственность.* Духовность отражает нравственную сторону жизни, формируя качества личности, нацеленные на блага других. Свобода представляет собой *свободу по отношению к влечениям, наследственности и среде.* Экзистенциальный анализ признает человека не только свободным, но и ответственным. Человек, в первую очередь, ответственен за поиск и осуществление смысла и реализацию ценностей. По мнению В.Франкла он несет *ответственность за наслаждение и ценность, влечение и смысл перед совестью и Богом.*

Проведенный выше анализ теорий личности и современное положение в области клинической психологии показывает, что, наряду с понятием гармоничного характера, позволительно говорить о гармоничной личности. Под гармоничной личностью мы понимаем индивида, который в процессе социализации осознанно сформировался как человек, обладающий ответственностью за собственную судьбу и совершаемые поступки, самостоятельностью и автономностью в принятии решений, руководствующегося в своей жизни нравственными законами. Можно утверждать, что гармоничная личность живет в соответствии с девизом: «Мне никто ничего не должен». Этот принцип следует понимать как отказ от предъявления претензий окружающим (родителям, детям; государству и пр.) в случаях жизненных неудач. В рамках психологии аномального и де-виантного развития личности все перечисленные качества предстают инверсными. Ответственность заменяется долженствованием, самостоятельность — зависимостью, нравственность — безнравственностью.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

Вопрос 1. Неповторимость, уникальность сочетания различных свойств и качеств человека обозначается термином:

а) темперамент

б) характер

в) личность

г) индивид

д) индивидуальность

Вопрос 2. В структуру индивидуальности входят вес нижеперечисленные составляющие за исключением:

а) индивидуальные свойства организма

б) индивидуальные психофизиологические свойства

в) индивидуальные генетические качества

г) индивидуальные психические свойства

д) индивидуальные социально-психологические свойства

Вопрос 3. Макроморфологическая подсистема общей конституции, отражающая основные особенности динамики онтогенеза, метаболизма, общую реактивность организма и энергодинамические свойства, называется:

а) морфофенотипом

б) темпераментом

в) характером

г) личностью

д) психотипом

Вопрос 4. Психологической составляющей индивидуальности считается:

а) темперамент

б) характер

в) личность

г) морфофенотип

д) архетип

Вопрос 5. К клиническим параметрам темперамента относится все нижеперечисленные за исключением:

а) эстетичности

б) эмоциональности

в) скорости мышления

г) скорости двигательных актов

д) коммуникабельности

Вопрос 6. Сходными по параметру эмоциональности (впечатлительности) являются:

а) холерик и меланхолик

б) холерик и сангвиник

в) меланхолик, и сангвиник

г) холерик и флегматик

д) сангвиник и флегматик

Вопрос 7. Сходными по параметру импульсивности являются:

а) холерик и меланхолик

б) холерик и сангвиник

в) меланхолик и сангвиник

г) холерик и флегматик

д) сангвиник и флегматик

Вопрос 8. Совокупность индивидуальных, сложившихся в процессе социализации и ставших устойчивыми стереотипов поведения, штампов эмоциональных реакций, стиля мышления, зафиксированная в привычках и манерах система взаимоотношений с окружающими называется термином:

а) темперамент

б) характер

в) личность

г) индивидуальность

д) индивид

Вопрос 9. К параметрам гармоничного характера относится все из нижеперечисленного за исключением:

а) зрелость

б) здравомыслие

в) автономность

г) гибкость самооценки

д) нравственность

Вопрос 10. Перфекционизм входит в структуру: '

а) истерических черт характера

б) шизоидных черт характера

в) психастенических черт характера

г) паранойяльных черт характера

д) эпилептоидных черт характера

Вопрос 11. Склонность к повышенной аккуратности входит в структуру:

а) истерических черт характера

б) шизоидных черт характера

в) психастенических черт характера

г) паранойяльных черт характера

д) эпилептоидных черт характера

Вопрос 12. Шизоидные черты характера включают все из нижеперечисленного за исключением:

а) алекситимия

б) замкнутость

в) ангедония

г) паратимии

д) эксцентричность поведения

Вопрос 13. Повышенная подозрительность в сочетании со склонностью к образованию сверхценных идей входит в структуру:

а) истерических черт характера

б) шизоидных черт характера

. в) психастенических черт характера

г) паранойяльных черт характера

д) эпилептоидных черт характера

Вопрос 14. Тип воспитания, включающий чрезмерное внимание и контроль со стороны взрослых, навязывание своего мнения по любому вопросу, диктование каждого шага, ограждение от опасностей, культивирование осторожности, обозначается:

а) «кумир семьи»

б) гиперопека

в) гипоопека

г) «ежовые рукавицы»

д) парадоксальная коммуникация

Вопрос 15. Формированию истерических черт характера в большей степени способствует воспитание по типу:

а) «кумир семьи»

б) гиперопека

в) гипоопека

г) «ежовые рукавицы»

д) парадоксальная коммуникация

Вопрос 16. Ценностные ориентации (в частности, в отношении смысла жизни) являются характеристикой:

а) особенностей темперамента

б) особенностей характера

в) личностных особенностей

г) морфофенотипа

д) все ответы правильны

Вопрос 17. В понятие гармоничной личности включается все из ниже-перчисленного за исключением:

а) доброты

б) ответственности

в) самостоятельности

г) нравственности

д) автономности

Вопрос 18. В соответствии с дифференциально-аналитической теорией Н.Пезешкиана в западную систему ценностей включается все из нижеперечисленного за исключением:

а) широкий круг друзей

б) привлекательная внешность

в) престижная работа

г) хороший заработок

д) активная сексуальная жизнь

Вопрос 19. Принципы удовольствия, реальности и постоянства являются важными для формирования личностных качеств в соответствии с воззрениями:

а) З.Фрейда

б) К.Юнга

в) А.Адлера

г) В.Франкла

д) Э.Фромма

Вопрос 20. Принципы «обладания» и «бытия» являются важными для формирования личностных качеств в соответствии с воззрениями:

а) З.Фрейда

б) К.Юнга

в) А.Адяера

г) В.Франкла

д) Э.Фромма

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Б.С.Братусь. Аномалии личности. М., 1988, 301 с.

К.Леонгард. Акцентуированные личности. Киев, 1981, 392 с.

В.С.Мерлин. Очерки интегрального исследования индивидуальности. М., 1986, 256 с.

В.Н.Мясищев. Личность и неврозы. Л., 1960,400 с.

К.К.Платонов. Структура и развитие личности. М., 1986, 256 с.

Н.Пезешкиан. Позитивная семейная психотерапия. М., 1993.

С.Л.Рубинштейн. Основы общей психологии (в 2-х томах), М., 1989.

Дж.Фейдимен, Р.Фрезер, Личность и личностный рост (в 4-х выпусках). М., 1994.

А *Франка.* Человек в поисках смысла. М, 1990, 368 с.

Э.Фромм. Иметь или быть? М., 1990, 336 с.

К.Юнг. Психологические типы. М, 1995, 716 с.

Глава 5
ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО

Психическое реагирование на заболевание и психология соматически больного

В центре внимания клинического психолога, работающего в соматической (непсихиатрической) клинике находятся психические реакции человека, заболевшего тем или иным расстройством. Значимым становится анализ как их клинических особенностей и

разнообразия, так и оценка факторов, способствующих возникновению у конкретного человека определенного типа психического реагирования на собственную болезнь.

Считается, что тип реагирования на соматическое заболевание связан, в первую очередь, с оценкой пациентом его тяжести. При этом можно говорить о существовании феномена «объективной тяжести болезни» и «субъективной тяжести болезни» (рисунок 11).

Термины объективная и субъективная заключены в кавычки поскольку практически невозможно количественно оценить тяжесть заболевания, нельзя составить квантифицированный реестр тяжести болезней. Однако, позволительно в рамках этно- и социокультуральных особенностей, уровня развития медицины говорить о том, что некоторые заболевания тяжелее других (к примеру, на основании *критерия летальности, вероятности инвалидности и потери трудоспособности).* Для терапевта априорно очевидно, что рак желудка тяжелее гастрита, для психиатра несомненно, что шизофрения тяжелее невроза. Следовательно, суицидальное поведение после постановки диагноза онкологического заболевания может быть расценено как адекватное или по крайней мере более адекватное («понятное» в феноменологическом выражении), чем суицид больного вазомоторным ринитом.

В психиатрии принято считать, что заболевания психотического уровня качественно тяжелее, социально опаснее (для самого пациента и для окружения), чем непсихотическое. Впрочем, зададимся вопросами: действительно ли маниакальное состояние при биполярном аффективном расстройстве тяжелее переживаний больного с контрастными навязчивостями или психотическая (реактивная или эндогенная) депрессия тяжелее невротической депрессии? Понятно, что подходить к оценке параметра адекватности психологического реагирования на заболевание необходимо также с позиций феноменологической, а не ортодоксальной.

Более значимым оказывается в этом контексте субъективно оцениваемая пациентом тяжесть болезни. В свою очередь, на выработку субъективного отношения к той или иной болезни оказывают влияние несколько факторов (рисунок 12).

Субъективное отношение к заболеванию называется также **«внутренней картиной болезни» (Р.А.Лурия), концепцией болезни, нозогнозией.** Суть его заключается в *интеллектуальной интерпретации* диагноза заболевания, *когнитивной оценке* его тяжести и прогноза и в формировании на этой основе *эмоционального и поведенческого пат-терна.* Для пациента внутренняя картина болезни складывается из понимания механизмов возникновения неприятных и болезненных ощущений, оценки их значения для будущего, а также отреагиро-вания на болезнь в виде эмоциональных переживаний и выбора способа действий и поведения в новых для человека условиях. Объективная тяжесть болезни — информация о летальности после подобного расстройства, вероятности инвалидизации и хронификации болезненного процесса является одним из факторов для формирования внутренней картины болезни. Однако, как правило, пациент редко полностью доверяет медицинским данным. Он склонен анализировать ситуацию сквозь призму субъективной тяжести болезни, основываясь на ведомых только ему или его субкультуральной группе (семье, микроколлективу) отношениях к заболеванию.

Субъективное отношение к болезни формируется на базе множества факторов, которые можно сгруппировать в следующие группы: социально-конституциональную и индивидуально-психологическую. Под социально-конституциональными параметрами понимается влияние пола, возраста и профессии человека, под индивидуально-психологическими — свойств темперамента, особенностей характера и качеств личности. Каждый из факторов имеет особенности, которые будут приведены ниже.

Пол

Параметр пола человека несомненно оказывает влияние на субъективное отношение к болезни и формирование типа реагирования на заболевание. К особенностям, имеющим корреляции с полом человека можно отнести известные факты лучшей переносимости женщинами *болевого ощущения, состояний длительной ограниченности движений или обездвиженности.*

Этот факт может быть объяснен как психофизиологическими особенностями пола, так и психологическими традициями роли женщины и мужчины в определенных обществах и культурах.

Известно, что у народов стран Запада считается, что роды связаны с одними из самых сильных болевых ощущений, которые может испытать человек. Вследствие этого формируется определенное отношение к боли, готовность ее испытать и собственно выраженные болезненные ощущения женщин. Противоположное отношение к родам описывается у женщин ряда африканских народностей. Там ожидающая ребенка женщина продолжает активно физически трудится, относясь к родам как к обычному явлению не сопряженному с болевыми ощущениями. Фактически подобная предиспозиция к болевому ощущению способствует и более легкой переносимости родов.

Влияние психологического отношения к иммобилизации известно в медицине давно. Известно, что мужчины значительно хуже, чем женщины эмоционально переносят длительный период ограничения движений или полной обездвиженности. Особенно ярко это представлено в травматологической клинике, когда пациенту приходится находится в вынужденной позе в течение нескольких месяцев.

По данным Е.Т.Соколовой физическая болезнь или увечье значительно меняют субъективную *ценность различных частей тела.* С психологической точки зрения самооценка человека и, в особенности, выпестованный групповыми традициями и семейным воспитанием реестр ценностей различных частей собственного тела способны оказываться психотравмирующими факторами при возникновении какого-либо дефекта в «ценном органе». По результатам некоторых психологических экспериментов наиболее «дорогостоящими» оказались нога, глаз и рука. При этом психически больные субъекты «дешевле» оценивали тело, чем нормальные испытуемые, а женщины — «дешевле», чем мужчины. В другом исследовании около 1000 мужчин и 1000 женщин должны были квалифицировать в соответствии с их значимостью 12 частей тела. Мужчины оценили половой член, яички и язык как наиболее важные. Эта оценка не зависела от возраста, лишь у старых людей несколько снижалась оценка половых органов. У женщин оценки оказались менее определенными, лишь у тех, кому было за 70, язык стабильно оказывался на первом месте (S.Wienstein). Кроме того было отмечено, что ценность отдельных телесных качеств может изменяться под влиянием общественных процессов. Так, у японок во время второй мировой войны в образе тела полностью обесценилась грудь, а идеальной считалась плоская грудная клетка (женщины носили мужскую военную форму). Однако после войны под влиянием западной культуры образ тела радикально изменился, и в 50-х годах японские женщины стремились иметь грудь «голливудских» размеров.

Возраст

Возрастные особенности человека также существенны при формировании субъективного отношения к болезни и становления определенного типа реагирования на нее. Известно, что для каждой возрастной группы существует свой *реестр тяжести заболеваний* — своеобразное распределение болезней по социально-психологической значимости и тяжести.

Для детей, подростков и молодежи наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным. Связано это с системой ценностей, расстановкой приоритетов, имеющихся у молодого человека, для которого наивысшую ценность приобретает удовлетворение основополагающей потребности — «удовлетворенность собственной внешностью». Таким образом, наиболее тяжелые психологические реакции могут вызывать болезни, не носящие с медицинской точки зрения угрозы для жизни. К ним относятся любые болезни, негативно, с точки зрения подростка, изменяющие внешность (кожные, аллергические), калечащие травмы и операции (ожоги). Ни в каком другом возрасте не наблюдается столь тяжелые психологические реакции человека на появление у него на коже лица фурункулов. Ярким примером отражения психологической значимости внешности для самоутверждения подростка и молодого человека и реагирования его на внешнюю непривлекательность, связанную с болезнями, может служить существования только в данной возрастной группе такого психопатологического синдрома как *дисморфомания.* Под

дисморфоманическим синдромом понимают ложную убежденность человека (чаще девушки) в наличии у него уродства. Ложная убежденность, как правило, распространяется на оценку полноты или диспропорций тела. Многие девушки-подростки считают, что окружающие обращают на них внимание и даже «подсмеиваются» в связи с излишней полнотой. Данное убеждение толкает девушек на поиск способов похудение. Они начинают истязать себя строжайшими диетами, голоданием, тяжелыми физическими упражнениями. Речь идет о тех случаях, когда фактическим по медицинских критериям не обнаруживается признаков избытка веса. Некоторые пациентки, убежденные в том, что у них «уродливое, бросающееся в глаза окружающим» строение носа, глаз или ушей, ног или рук активно добиваются хирургической коррекции мнимого дефекта.

Лица зрелого возраста более психологически тяжело будут 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. Именно удовлетворение подобных потребностей может быть заблокировано появлением любой хронической или приводящей к инвалидности болезни. Психологически тяжелыми для лиц зрелого возраста являются такие болезни как онкологические, хронические соматические болезни и т.д.

Второй повышенно значимой группой заболеваний для зрелого человека считаются т.н. «стыдные» болезни, к которым обычно относят венерические и психические заболевания. Психологическая реакция на них обусловлена не всегда оценкой их, как угрожающих здоровью, а связана с переживаниями по поводу того, как изменится социальный статус и авторитет заболевшего такими болезнями в случае, если об этом станет известно окружающим. Список «стыдных» заболеваний не исчерпывается венерическими и психическими. К ним могут относится многие заболевания, носящие оттенок субъективной не престижности. К примеру, для некоторых людей стыдно болеть (или слыть больным) геморроем, стыдно проводить прерывание беременности (аборт). Существует группы населения (в первую очередь, люди, занимающие руководящие посты) для некоторых из которых стыдными являются болезни сердца (инфаркт), что связано с возможностью продвижения по службе.

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.

Профессия

Человек, особенно зрелого возраста, очень часто оценивает тяжесть болезни, исходя из влияния симптомов заболевания на его настоящую и будущую трудоспособность. Значимым становится профессионально обусловленная ценность того или иного органа. К примеру, оперный певец может более тяжело психологически относится к ангине или бронхиту, чем к гастриту и язве желудка. Это связано с тем, насколько существенно влияют симптомы болезни на качество исполнения профессиональных обязанностей. Для спортсмена или человека, занятого активным физическим трудом повышенно значимым может оказаться скорее остеохондроз позвоночника, нежели депрессия, а для человека творческой профессии — наоборот. Высоко вероятно, что машинист башенного крана более остро будет переживать гипертоническую болезнь и церебральный атеросклероз с частыми кризами и симптомом головокружения, чем контролер.

Особенности темперамента

По определению, темперамент — это характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т.е. темпа, ритма и интенсивности отдельных психических процессов и состояний. К значимым для выработки определенного типа психического реагирования на заболевание параметрам темперамента можно отнести

эмоциональность, переносимость боли, как признак эмоциональности и *ограничения движений и обездвиженности,* отражающий параметр активности.

Боль как нейрофизиологический феномен формируется на основе интеграции «ноцицептивных» и «антиноцицептивных» систем и механизмов головного мозга. Субъективное чувство интенсивности ощущаемой боли оказывает существенное влияние на степень сосредоточения внимания человека на этом ощущении и, как следствие, на ее переносимости. Кроме того известно, что экстраверты и интраверты различно реагируют на боль. По мнению Айзенка, экстраверты воспринимают все уровни стимуляции (в том числе болевой) менее интенсивно, чем интраверты.

Считается, что разное восприятие боли у разных людей зависит от их различных *«болевых порог».* У одного человека в силу психофизиологических особенностей может быть низкий порог, и он испытывает боль при незначительном повреждении или воздействии извне, тогда как у другого — высокий порог, и он чувствует боль только при серьезном повреждении (Р.Мелзак). Нередко порог болевой чувствительности коррелирует с уровнем эмоциональности. В рамках известных типов темперамента более низкие болевые пороги у холерика и меланхолика по сравнению с сангвиником и флегматиком.

Составной частью темперамента является параметр общей двигательной активности или импульсивности, т.е. режим двигательной активности, подвижность, скорость движений и прочие моторные характеристики человека обусловлены наследственными психофизиологическими факторами. Вследствие этого ограничение подвижности или обездвиженность, вызванные болезнью (прикованность к постели, необходимость соблюдать постельный режим), могут служить психологической фрустрацией для лиц, двигательный режим которых нацелен на быстроту действий, склонность к интенсивной физическим нагрузкам. Некоторыми исследователями плохая переносимость состояний вынужденного ограничения движений относится к свойствам экстраверсии или интраверсии.

Особенности характера

Несомненно, что феноменологическая и синдромологическая оформленность типа психического реагирования на заболевание базируется на особенностях характера человека. Тип акцентуации может определять выбор того или иного типа реагирования. Следует признать, что субъективное отношение к болезни формируется на

основании семейного воспитания и, в частности, воспитания отношения к болезням, способам переносимости болезней, определения места параметра здоровье-болезнь в иерархии ценностей ребенка.

Существуют две противоположные семейные традиции воспитания субъективного отношения к болезням — *«стоическая» и «ипохондрическая».* В рамках первой ребенок постоянно поощряется за поведение, направленное на самостоятельное преодоление недугов, плохого самочувствия. Его хвалят, когда он, не обращая внимание на имеющуюся боль, продолжает заниматься тем, чем занимался до ее возникновения. «Стоическая» традиция основывается на девизе: «Не хнычь». Противоположна ей семейная традиция формирования сверхценного отношения к здоровью. Когда родителями поощряется внимательное отношение к состоянию свою здоровья, тщательность в оценке болезненных проявлений, выявления у себя первых признаков заболевания. В семье ребенок обучается при малейшем изменении самочувствия обращать собственное внимание и внимание окружающих (вначале родителей, а затем воспитателей, учителей, супругов и пр. лиц) на болезненные проявления. Девизом в подобном случае служит выражение: «Будь бдителен, в противном случае заболеешь и умрешь».

Семейные традиции определяют своеобразное ранжирование болезней по степени их тяжести. К примеру, к наиболее тяжелым могут относится не «объективно» тяжелые, а те, от которых чаще всего умирали или которыми чаще болели члены семьи. Вследствие этого, субъективно наиболее значимой болезнью может оказаться гипертоническая болезнь, а не рак или

психическое заболевание. Кроме того, в семье, где есть прецеденты длительной и устойчивой ремиссии после лечения онкологического заболевания или даже выздоровление, подобная болезнь может оказаться менее психологически тяжелой, чем в семье с противоположной традицией, основанной на собственных наблюдениях.

Особенности личности

К личностным особенностям, как правило, относят ценностные ориентации человека, его морально-нравственные критерии и иные социально обусловленные феномены. В первую очередь, из личностных особенностей, влияющих на формирование субъективного отношения к болезни следует отметить *мировоззрение и философская позиция по поводу смысла жизни и жизни после смерти.* Психологические реакции на заболевание разнятся у глубоко верующих людей

и воинствующих атеистов. Чаще первые более адекватно, психологически комфортно относятся к болезням, ведущим к смерти («бог дал, бог взял»). Вторые же нередко реагируют на появившуюся болезнь, которая может привести к утрате трудоспособности или даже к смерти, обидой. Они начинают искать виновников заболевания, создают вокруг себя враждебную обстановку и сами психологически неадекватно реагируют на все.

Выделяется несколько мировоззренческих установок в отношении происхождения заболеваний:

- болезнь как кара
- болезнь как испытание
- болезнь как назидание другим
- болезнь как расплата за грехи предков

Все перечисленные трактовки происхождения болезней основаны на вере в связь между поведением человека, его нравственностью и возникновением у него недуга. При этом подчеркивается пассивная роль индивида. Он не способен противостоять болезни за исключением возможности кардинально изменить свое поведение и искупить вину и замолить грехи.

Другой группой мировоззренческих установок является представление о болезнях как вызванных наследственными или средовыми причинами:

- болезнь как неизбежность
- болезнь как стечение обстоятельств
- болезнь как собственная ошибка

В рамках этого мировоззрения все процессы (в том числе, и происхождение болезней) рассматривается сквозь призму внешней или внутренней заданности. Многие люди убеждены в том, что «дурная наследственность» является фатальным фактором в генезе заболеваний. Все, что происходит с человеком трактуется представителями этой позиции, базируясь на наследственно-конституциональном принципе причинности («И твой отец так хромал», «Вся в мать — дальнозоркая»). Противоположная тенденция полностью отрицать значение наследственности и рассматривать возникновение болезни, основываясь на внешних факторах и поведении человека («Говорила тебе — не жуй жвачку — вот и заболел СПИДом»). Обе представленные позиции отражают обывательскую платформу, и являются крайне стойкими и консервативными. Позиция «Сам виноват» обычно связана с «локусом контроля» человека.

Третья мировоззренческая платформа оценки механизмов происхождения заболеваний базируется на мистическом подходе к процессам этиопатогенеза:

- болезнь вследствие зависти
- болезнь вследствие ревности

В рамках подобного подхода источники болезней видятся в предвзятом отношении близких окружающих (соседей, знакомых, родственников, сослуживцев) к человеку. Процесс

возникновения болезней рассматривается как экстраполяция «негативной энергии» ревнующего или завидующего на реципиента.

Таким образом, можно отметить широкое распространение мистического истолкования происхождения болезней, отсутствие у многих пациентов научного подхода к анализу причин его заболевания. К особенностям личности, влияющим на выбор типа психологического реагирования на заболевание, относятся и *околомедицинские суеверия.* Спектр их широк и включает мистическое (иррациональное) истолкование истоков их болезни («сглазили», «навели порчу», «подействовал энергетический вампир» и т.д.). Мистическая концепция болезни носит характер убежденности, пациент не способен критически оценивать свои высказывания и требует от врача не лечения, а «снятия порчи» и пр. мистических манипуляций.

В личностные особенности, повышенно значимые для понимания механизмов становления типов психического реагирования на заболевание, входит и т.н. *«антиципационная состоятельность».* Суть ее заключается в способности предвосхищать ход событий, предвидеть поведение окружающих и собственные реакции в процессе изменения ситуации. К антиципационной состоятельности относится способность построения программы собственных действий, к примеру, в случае появления тяжелой болезни, которая может изменить обычный жизненный стереотип, привести с инвалидности или смерти. В антиципационную программу включается готовность к любому исходу болезни (худшему, нежелательному или лучшему, желательному). Пациент, обладающий антиципационной состоятельностью, создает несколько программ, распределяет между ними вероятности и готовит себя ко всем. Его размышления носят характер предположений типа: «Что я буду делать, если у меня выявят рак?», «Учитывая, что у меня возможно тяжелое заболевание, которое не позволит мне в дальнейшем профессионально заниматься моим любимым спортом, чем я буду заниматься?» и т.д. Если пациент не вырабатывает антиципационной программы, нацеливается лишь на один — желанный — исход событий («это — не онкологическое заболевание, врачи ошибаются»), то реальный факт болезни может стать для него серьезной психической травмой и вызвать неадекватный тип психологического реагирования на болезнь.

Уровень образования человека и уровень его культуры как личностные свойства также оказывают влияние на оценку субъективной тяжести болезни. Особо это относится к уровню медицинской образованности и культуры. Негативным в психологическом отношении оказываются крайности. Как низкая медицинская культура, так и высокая с одинаковой вероятностью способны вызвать психологически тяжелые реакции. Однако механизмы их будут разниться, в одной случае это будет связано с недостатком, в другом — с избытком информации о болезнях, их тяжести, течении и исходах.

Психологами выделяются тринадцать типов психологического реагирования на заболевание. Типология реагирования на заболевание создана А.ЕЛичко и Н.Я.Ивановым на основе оценки влияния трех факторов: природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера и отношения к данному заболеванию в референтной для больного группе. Типы объединены по блокам. Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых *социальная адаптация существенно не нарушается:* гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы. Во второй и третий блок включаются типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием *психической дезадаптации* в связи с заболеванием. При этим второй блок включает типы реагирования преимущественно с *интрапсихи-ческой направленностью* (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический). Эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами реагирования клинически проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы — «капитуляции» перед заболеванием и т.п. В третий блок входят типы реагирования с *интерпсихической направленностью.* Этот блок включает типы с таким сенсибилизированным отношением к болезни, которое в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности больных: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический. Больные с этими типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях на

болезнь также характеризуются дезадаптивным поведением, приводящим к нарушению их социального функционирования (Э.Б.Карпова).

Отношение к болезни, обладая всеми характеристиками, присущими психологическим отношениям, содержит в себе *когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты* (Л.И.Вассерман). Когнитивный включает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное функционирование больного, предполагаемый прогноз; эмоциональный — ощущение и переживание болезни и всей ситуации, с ней связанной; поведенческий — связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней и выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие роли больного, активная борьбах болезнью, игнорирование, пессимистические установки и пр.).

Далее будет приведено описание тринадцати типов психологического реагирования на заболевание по А.ЕЛичко.

Гармоничный. Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе — сосредоточение внимания, забот, интересов, на судьбу близких, своего дела.

При гармоничном типе психического реагирования важным является *реализм* в восприятии симптомов и понимании тяжести заболевания. При этом пациент должен опираться в своих реакциях на известные науке (медицине) факты о возможности излечения от конкретной болезни, о происхождении симптомов и пр. *Активности* человека противостоит при дисгармоничных типах психического реагирования пассивность, при которой пациент как бы «вручает себя медицинскому работнику», не прилагая собственных усилий для оздоровления. Пациент при пассивном отношении расценивает свой организм как аппарат, машину, технический механизм, вещь, которую он сдает в ремонт и пассивно ожидает возврата вещи «как новенькой». Несомненно значимым является и *нежелание заболевшего обременять других тяготами ухода за собой,* что вытекает из принципиальных положений гармоничного характера и личности. Гармоничный пациент понимает, что с появлением у него болезни близкие ему люди обрели новую дополнительную заботу. Он, как гармоничный человек не вправе требовать от них этой заботы. Он может лишь ожидать ее и принимать в том объеме, который они готовы ему предоставить.

Тревожный. Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность — вследствие этой тревоги.

Тревожный тип психического реагирования на заболевания является одним из типичных. Он базируется на появляющейся в связи с заболеванием и изменением обыденного течения жизни. Тревога проецируется в будущее и вызвана часто опасениями, что болезнь надолго и существенно изменит привычный стереотип жизни. Проявлением тревоги может быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, нацеленность на перепроверку получаемых от врачей сведений о его болезни.

Ипохондрический. Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страдании. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

Пациент с ипоходрическим типом реагирования склонен к эгоцентризму. Он не способен сдержаться при беседе с любым человеком и обращает внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся болезненных признаков. Ипохондрик испытывает облегчение, если

собеседник относится к нему участливо и сочувственно. Кроме того, при таком типе реагирования появляется склонность к детализации своего самочувствия при описании его врачам или иным слушателям. Мотивом подробного изложения собственных жалоб является страх упустить что-то важное, существенное для понимания специалистом его состояния и правильной диагностики. Негативную реакцию ипохондрика вызывает недоверие к его жалобам со стороны окружающих, их упреки в симуляции и преувеличении тяжести расстройства с целью извлечь из этого выгоду.

Меланхолический. Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

Меланхолический, или депрессивный тип реагирования на болезнь нередко обусловлен имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения от недуга. Нередко, он встречается у медицинских работников в силу их разнообразных знаний, полученных в процессе обучения и практики. Нацеленность на худший исход, неспособность видеть и использовать механизмы сано-генеза приводят к пессимистической оценке-будущего, неверию в возможность излечения и суицидальным намерениям.

Апатический. Полное безразличие к своей судьбе» к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

Апатический тип психического реагирования правильнее обозначить как *гипопатический,* поскольку истинного и полного безразличия у пациента не отмечается. Как правило, безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии. У пациента пропадает интерес и активность в отношении всех сторон жизни за исключением здоровья. Собственно апатический, т.е. с интеоеса ко всему встречается крайне редко.

Неврастенический. Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, при неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В-последующем — раскаяние за беспокойство и несдержанность.

Неврастенический (правильнее — *астенический)* тип реагирования является наиболее распространенным и неспецифическим ответом организма и личности на заболевание. Его основой является раздражительность, которая захватывает как физические явления (яркий свет, громкие звуки, резкие запахи), так и отношение окружающих. Пациент становится капризным, требовательным. Он ищет ласки, участия, успокоения. Склонен к вспышкам гнева, если его ожидания в отношении поведения окружающих не оправдываются («Вы специально шумите, хотите меня в гроб свести», «Вам безразлична судьба мамы»).

Обсессивно-фобический. Тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

При обсессивно-фобическом реагировании на болезнь доминирующими становятся *навязчивые мысли, опасения и, особенно, ритуалы.* Пациент становится суеверным. Он придает особое значение мелочам, которые превращаются для него в своеобразные символы (к примеру, расценивает шансы своего излечения в зависимости от того, в каком порядке войдут в его палату врач и медицинская сестра; от того, троллейбус какого маршрута подойдет к остановке раньше). Невротические ритуалы связаны с повышенной тревожностью пациента и направлены на защиту от них.

Сенситивный. Чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих

сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим.

Основой сенситивного отношения к болезни является рефлексивный стиль мышления, ориентация на мнение и оценку окружающих. В связи с этим существенным становится не собственные болезненные или неприятные ощущения вследствие болезни, а реакция на информацию о болезни со стороны референтной группы. Такие пациенты склонны к извиняющемуся стилю поведения. Они нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре («Зачем их отвлекать по пустякам») даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечается робость, застенчивость, повышенная скромность таких пациентов.

Эгоцентрический. «Уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы — все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях» также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

Эгоцентрический тип реагирования иногда обозначают истерическим, поскольку основным мотивом поведения человека становится привлечение к собственной персоне внимания окружающих. «Бегство в болезнь* нередко используется ими для упреков и шантажа окружающих. Жалобы описываются больными очень красочно и сопровождаются манерной жестикуляцией и выраженной мимикой. Эмоции пациента носят гротескный характер.

Эйфорический. Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само собой все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течение болезни.

Эйфорический тип отражает беспечность человека в отношении собственного здоровья. Он становится наигранно весел, болтлив, суетлив. Подобное реагирование может носить защитный характер или отражать характерологические особенности.

Анозогнозический. Активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях. Непризнание себя больным. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание «обойтись своими средствами».

Непризнание себя больным и отрицание наличия у себя симптомов болезни (анозогнозия) встречаются довольно часто. Они могут отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей. С другой стороны, они могут отражать заблуждение человека по поводу значимости признаков болезни. Активное непризнание себя больным встречается, например, при алкоголизме, поскольку способствует уклонению от лечения.

Эргопатический. «Уход о болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало продолжать работу. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследования так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы.

Некоторые пациенты расценивают любой недуг через призму вызова своему «Я». Поэтому они стараются не поддаваться болезни, активно перебарывают себя, преодолевают недомогание и боли. Их позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которого нельзя было бы преодолеть своими силами. При этом часто такие пациенты являются принципиальными противниками лекарств («Я за свою жизнь ни разу анальгетиков не принимал», — с гордостью говорят они).

Паранойяльный. Уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные

осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Паранойяльный (в данном контексте — бредоподобный) тип реагирования отражает мировоззренческую позицию заболевшего, усматривающего тайный смысл его болезни и причин ее возникновения. Он возникает преимущественно на базе личностных особенностей.

Психологические особенности больных с различными соматическими заболеваниями

Общие принципы выбора заболевшим человеком тех или иных типов психического реагирования на заболевания, закономерности формирования отношения к болезни сочетаются в клинике со специфическими особенностями психического состояния пациентов, у которых возникли болезни. Можно говорить о *влияние самой болезни* на характер реагирования на ее появление, течение, успешность лечения и исход. При этом типичность реакции на заболевание зависит от параметров болезни в такой же мере, как и от индивидуально-психологических особенностей человека.

Каждая болезнь характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для пациента (реального или потенциального) сферы жизнедеятельности. Можно выделить следующие параметры, на основании которых оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней:

1. Вероятность летального исхода.
2. Вероятность инвалидизации и хронификации.
3. Болевая характеристика болезни.
4. Необходимость радикального или паллиативного лечения.
5. Влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения.
6. Социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме.
7. Влияние болезни на семейную и сексуальную сферы.
8. Влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

В данном разделе приведены данные о психологических особенностях больных с различными соматическими (непсихическими) заболеваниями, сгруппированными по традиционно принятым в медицине дисциплинам: хирургические, терапевтические, инфекционные, гинекологические и некоторые иные. Учитывая особую значимость онкологической патологии и психологических реакций человека, данная группа освещена отдельно. Основное различие терапевтической и хирургической патологии с точки зрения психологического отношения к ним заключено в характере протекания болезненных процессов — при терапевтической существенным становится параметр длительности (хроничности), при хирургической — операционный стресс.

Онкологическая патология

Психические расстройства различной степени выраженности (от психологических донозологических реакций на диагноз и прогноз заболевания до острых психозов) при онкологической патологии — частое явление, наблюдаемое как онкологами, хирургами, гинекологами, так и психиатрами и психологами.. Онкологический процесс выступает для психической деятельности в, двух важных аспектах. С одной стороны (психогенной), диагноз заболевания, традиционно причисляемого к группе неизлечимых и, как следствие, повышенно значимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психическую травму, способную сформировать психические нарушения психогенно-реактивного характера. С другой стороны (соматогенной), онкологическая патология может рассматриваться как крайний, один из наиболее тяжелых в соматическом плане фактор, с комплексом психической и физической

астении, истощением, существенно влияющим на психическую деятельность и формирующим соматогенные психические расстройства. К тому же, если онкологический процесс локализуется в гормонозависи-мых и гормонопродуцирующих органах, то велик риск развития так называемого психоэндокринного снмптомокомплекса со специфическими клиническими проявлениями.

Выделяется пять фаз реагирования на злокачественные новообразования и рак (Kubler-Ross):

1 фаза *(анозогнозическая)* появляется вслед за первым предположением о наличии у пациента злокачественного новообразования. Она характеризуется отрицанием наличия у себя онкологической патологии, преуменьшением тяжести своего состояния, *анозогнозией,* убежденностью, что диагноз является ошибочным.

-239-

2 фаза *(дисфорическая)* наступает после подтверждения диагноза и проявляется бурным протестом, дисфорией, склонностью совершать какие-либо агрессивные действия в отношении окружающих или себя (например, суицидальные).

3 фаза *(аутосуггестивная)* характеризуется принятием фактов о наличии у пациента злокачественного процесса и необходимости длительного и интенсивного лечения в сочетании с «ведением торга» — «главное чтобы не было болей».

4 фаза *(депрессивная)* наступает после длительного периода терапии и проявляется постепенной утратой надежды на выздоровление, появлением пессимизма, подавленности и пассивности.

5 фаза *(апатическая)* появляется на последних этапах заболевания и выражается «примирением» больного с судьбой, принятием] любого исхода и сопровождающееся безразличием по отношению к внешним и внутренним процессам.

Оперативные (хирургические) вмешательства в онкологической практике являются одними из основных этапов терапии, вследствие этого они выступают дополнительным фактором, влияющим на психопатологическое симптомо- и синдромообразование. В комплексе оперативного вмешательства существенную роль для психики могут играть как сопутствующие ему анестезиологические манипуляции и возможность непосредственного патогенного воздействия на деятельность мозга, так и психологическая значимость радикальных хирургических операций с удалением органа или формированием определенного косметического дефекта.

Вследствие констелляции перечисленных патогенных для психики факторов у онкологически больных резко возрастает риск суицидальных тенденций. Количество суицидальных попыток при онкологических заболеваниях значительно превышает подобный показатель при иных соматических заболеваниях. Этот факт лишний раз указывает на то, что, во-первых, существуют некоторые отли-чительные особенности психических переживаний при онкологических заболеваниях, во-вторых, ни одно из существующих заболеваний не несет в себе столь мощной стрессирующей нагрузки, как злокачественная опухоль.

Частота и выраженность психических реакций на онкологическую патологию зависит во многом от локализации и характера болезненного процесса, наличия метастазов и некоторых других факторов (А.В. Гнездилов). Однако, не только локализация и характер онкологического заболевания влияют на частоту появления психических нарушений. Немаловажную роль играют такие факторы, как особенности характера человека, заболевшего онкологическим заболеванием, наличие в преморбиде акцентуированных черт характера (Е.Ф.Бажин, А.В.Гнездилов).

Проявления психологических сдвигов и выраженность психических нарушений практически не коррелируют с тяжестью онкологического заболевания, что демонстрирует связь между возникновением, формированием и качественными характеристиками психических нарушений при онкологических заболеваниях с патофизиологическими механизмами, находящимися не в линейной зависимости друг от друга. При этом заметной становится роль субъективно-психологическая. Следует отметить, что поиск корреляций между тяжестью онкологического заболевания и тяжестью психологических переживаний беспредметен, поскольку, если оценить тяжесть рака позволяют количественные математические критерии (величина опухоли, стадия онкологического процесса, наличие изменений в лимфатической системе и характер

метастазирования), то проанализировать и выразить количественно тяжесть психологического состояния или психопатологических симптомов и синдромов представляется затруднительным (даже психотическое нарушение позволительно назвать лишь условно тяжелее непсихотического), что связано с вовлеченностью в процесс личности с ее экзистенциальными параметрами априорно неподдающимися «учету и контролю». Вследствие этою можно считать нецелесообразным указание на глубину психогенных реакций у онкологически больных трех видов: реакции легкой, тяжелой и средней степени. Даже суицидальные попытки по сути не могут отражать объективной тяжести состояния, т.к. в процессе психического переживания участвуют как минимум два агента: объективное событие и личность со спецификой отношения к событию.

Клинико-психологические и психопатологические особенности при онкологической патологии зависят от этапа основного заболевания. Выделяют, как правило, следующие этапы: *поликлинический (диагностический), этап «поступления в клинику», предоперационный (предлечебный), послеоперационный, этап выписки и катамнестический* (Е.Ф.Бажин, А.В.Гнездилов).

Феноменологически клинические параметры представлены в следующем виде. Для *поликлинического (диагностического)* этапа, начинающегося с первых контактов больного с онкологической служ-

-241-

бой, а часто с направления пациента врачами к онкологам для осмотра и решения вопроса о необходимости госпитализации и оперативного лечения, характерным считается тревожно-депрессивный синдром. По данным Е.Ф.Бажина и А.В.Гнездилова, его частота составляет 56%. При этом типичным является общее беспокойство,. выраженная тревога, иногда достигающая степени страха, ощущение полнейшей безнадежности, бесперспективности существования, мысли о неизбежной скорой и мучительной смерти. У тех пациентов, преморбид которых отличается чертами стеничности и активности в клинической картине обычно преобладают тревога и страх, в то время как у пассивных, астеничных субъектов на первый план выступает депрессивная симптоматика. Второе место по частоте возникновения на «диагностическом» этапе принадлежит психогении, выражающейся в развитии дисфорического синдрома, проявляющегося в тоскливо-злобном настроении. Больные становятся мрачными, раздражительными, иногда без малейшего повода наблюдаются вспышки ярости, гнева, злобы, которые могут сопровождаться агрессией, направленной на ближайшее окружение (семью, сотрудников по работе, а также медицинский персонал). Зачастую за таким фасадом злобы и агрессии скрываются тревога и страх. Дисфорические расстройства обычно развиваются у лиц, преморбид которых характеризовался чертами возбудимости, взрывчатости, безудержности. Третье место по частоте возникновения принадлежит тревожно-ипохондрической и астено-ипохондрической симптоматике Первые из этих реакций характеризуются тревожным напряжением с постоянной фиксацией внимания на самочувствии, в особенности на ощущениях. Больные все время ищут и «находят» особые «неполадки» в организме, обычно ссылаясь при этом на какие-то неотчетливые, неопределенные ощущения, которые ими интерпретируются как катастрофически быстрое распространение опухоли по всему телу, безнадежная запоздалость диагностики и т.п.

На следующем *этапе — «поступления в клинику»* происходит некоторое снижение тяжести (интенсивности) переживаний. Это в существенной мере связано с построением компенсаторной системы психологической защиты типа: «Я болен, возможно у меня даже рак, но теперь я нахожусь в специальной больнице под наблюдением квалифицированных врачей, которые сделают все, чтобы мне помочь». На этом этапе преобладающей является такая симптоматика как: тревожно-депрессивная, дисфорическая, тревожно-ипохондрическая, обсессивно-фобическая.

Резкий подъем интенсивности психогенных переживаний отмечается на следующем *этапе — предоперационном (предлечебном).* В рамках тревожно-депрессивного синдрома преобладающим становится страх возможной гибели в процессе операции. Кроме того, некоторые авторы (Е.Ф.Бажин, А.В.Гнездилов) на этом этапе выявляли параноидные расстройства в виде «бредоподобных идей преследования и отношения».

На четвертом *этапе — «послеоперационном»* — резко снижается степень выраженности всех отрицательных переживаний больных и происходит своеобразное «психологическое облегчение», а преобладающим психопатологическим синдромом становится астеноипохондрический.

Этап выписки из стационара не имеет специфических психопатологических феноменов, а на *катамнестическом этапе* около двух третей пациентов имеют особые нарушения психического состояния. Внешне они проявляются как стремление к самоизоляции. Отношение к привычным и любимым прежде развлечениям становится резко негативным. Попытки со стороны близких людей как-то «расшевелить» больного, как правило, не имеют никакого успеха. Особенно отрицательное отношение вызывают те ситуации, которые связаны с сильными эмоциональными переживаниями. Утрачивается интерес и к внутрисемейным делам. В переживаниях больного постоянно звучат депрессивные ноты, связанные не только с наличием онкологического заболевания, но и его последствиями — инвалидизацией, утратой привлекательности и т.п. Особенно болезненны переживания, относящиеся к интимной сфере.

Системный подход к анализу формирования пограничных психических расстройств при онкологических заболеваниях позволил В.Я.Семке и А.Н.Гузеву разработать **модель психосоматическнх соотношений** с выделением трех уровней адаптации: *биологического (соматогенного), конституционально-типологического (личностного) и психологического (психосоциального).* Авторы выделили также пары синдромообразуюших факторов. Так, на уровне соматической адаптации был выделен соматогенно-органический фактор и парный ему — фактор «соматические ресурсы адаптации», при этом первый считался патогенетическим, второй — саногенетическим. На личностном уровне психологической адаптации соответственно — психосоциогенный фактор и фактор «внешние ресурсы адаптации». С выделением перечисленных факторов авторам удалось создать модель в виде трехмерного образования, в которой на каждой оси представлена одна пара факторов. В процессе системного анализа пациентов

со злокачественными и доброкачественными опухолями, а также больных с канцерофобическим синдромом В.Я.Семке и А.Н.Гузевым был получен континуум психосоматических соотношений, в котором на одном полюсе ведущим патогенетическим фактором выступал психогенный (неврозы), а на другом — соматогенный (сами злокачественные новообразования). И еще один вывод оказался важным: у онкологически больных налицо изменение общей и нервно-психической реактивности, носящей достаточно универсальный характер для всех больных, не зависящий от их преморбидной личностной структуры и даже исходной аномалии личности, что позволило говорить о своеобразном патологическом развитии личности вследствие онкологической патологии.

Семейная поддержка является важнейшим и принципиальнейшим фактором в приспособлении больных с онкологической патологией. Роль семейных взаимоотношений возрастает в случаях появления у онкологически больных психологических проблем и психических расстройств. Купирование психопатологических симптомов и синдромов и адаптация больных к новому для них статусу онкологически больного эффективнее проходить в семьях, строящихся по принципу сплоченности. Причем, лица, получающие химиотерапию, нуждаются в «более теплом отношении в семьях» по сравнению с пациентами, перенесшими оперативное вмешательство по поводу опухолей. При мастэктомии у жен существенна роль психологической помощи со стороны мужа больной. Отмечена значимость сексуально-эстетического фактора, способного вызывать неадекватные реакции мужа и спровоцировать появление психогенных психических нарушений. Однако мужская роль оказывается зачастую существенной лишь в качестве подтверждения негативных экспектаций больных, основанных на рефлексивном стиле мышления, присущем онкологическим больным, который основывается на изменениях самооценки в связи с заболеванием.

Из социально-психологических факторов, влияющих на выра-, женность психических переживаний и патогенез психических нарушений при онкологической патологии, важным является *«синдром изоляции»,* а также характерологический преморбид. По мнению Е.Ф. Бажина и А.В.Гнездилова, среди онкологических больных могут быть выделены несколько основных групп по характерологическим параметрам. Группа «синтонных» лиц отличается в преморбиде такими чертами как сердечность, общительность, с преобладанием в преморбиде эмоциональных черт. Для них при заболевании раком характерны относительно адекватные формы психогений — астено-

депрессивные и астеноипохондрические реакции, которые, как правило, не достигают значительной степени выраженности и относительно нестойки. Эти больные весьма чувствительны к психотерапевтическому вмешательству и сравнительно легко адаптируются. У тех пациентов, у которых в преморбиде отмечаются «циклоидные» черты, психогенные реакции сходны с реакциями синтонных, отличаясь лишь глубиной и стойкостью. Группа «шизоидных» больных характеризуется чертами замкнутости, отгороженности, сдержанности, преобладанием интеллектуализированных интересов. При развитии у них психогенных реакций отмечается склонность к образованию сверхценных и бредоподобных идей, аутизации, самоизоляции, суицидальных тенденций. Группе «возбудимых» в преморбиде присущи вспыльчивость, взрывчатость, импульсивность, торпидность, вязкость, мелочность и педантичность. В условиях хронической болезни такие пациенты могут давать реакции в виде раздражительности, озлобленности, вплоть до агрессии. Больные с преморбидными «истероидными» чертами реагируют на болезнь как правило деперсонал и зационно-дереализационными симптомами, а тревожно-мнительные — обсессивно-фобическими.

Особый интерес представляет вопрос о влиянии психических переживаний, расстройств и преморбидных характерологических особенностей человека на протекание онкологического процесса. H.J.Eysenck в работе «Рак, личность и белки» приводит данные о связи личности с возникновением или предотвращением рака. Риск развития рака, по его мнению, связан с такими особенностями личности, как эмоциональная лабильность, экстраверсия, аномальное выражение эмоций (чрезмерное подавление чувств), а также депрессия и безнадежность. Как полагает H.Eysenck, тревога и нейротизм защищают от рака. Острый стресс, снижая эффективность иммунной системы, способствует возникновению рака. Увеличение уровня кортикостероидов, которое имеет место при депрессии, снижает клеточный иммунитет и способствует развитию рака. АКТГ, связанный с тревогой и нейротизмом, наоборот, способствует укреплению защитных сил организма. Особо акцентируется внимание на том, что индивидуальные различия и генетические факторы могут оказывать существенное влияние на проявление соответствующих показателей.

Меланхолия и депрессия, по мнению P.Revidi, способствуют возникновению злокачественных опухолей. Существует психологическая «подготовленность почвы» к развитию рака. По образному выражению автора, рак молочной железы нередко представляет «пас-

сивное самоубийство» в результате чувства вины и депрессии. Сдержанность проявления эмоций, подавление половых инстинктов могут быть отнесены к этиологическим факторам развития рака молочной железы. Анорексия, бессонница, неуверенность в себе, психические травмы могут привести к развитию рака в сроки от 1 до 15 лет. Рак, подчеркивает P.Revidi, можно рассматривать как болезнь адаптации к стрессу и иммунодепрессии. Раку молочной железы часто предшествуют длительные депрессии и дисфории. Эти больные чаще бездетны и в сексуальном плане более заторможены.

Рак, считает K.Rodewig, является проявлением потери надежды на достижение жизненных целей. Это касается проблем сексуальности -и брака, материнства в широком смысле этого понятия и связи с общими социальными проблемами. Оценивая эмоциональные факторы и выживаемость при раке молочной железы, B.Stoll подчеркивает, что больной дольше живет в том случае, если он настроен агрессивно, свободно выражает свои эмоции. В тех случаях, когда больной апатичен, подавлен, чувствует себя беспомощным, ситуацию считает безнадежной, срок его жизни сокращается.

Вопрос о специфичности психологических феноменов и психопатологических нарушений при онкологических заболеваниях различной локализации занимает исследователей в течение многих лет. По мнению А.В.Ромасенко и К.А.Скворцова, р течение длительной фазы развернутой болезни можно иногда усмотреть и специфику органов. Так, авторы считают, что при раке легкого наблюдается продолжительный латентный период болезненных ощущений и отсутствие определенных явлений со стороны нервно-психической сферы. Затем быстро развивается чувство тревоги, страха и вместе с тем вялости. При экзофитном раке шейки матки определяются ощущения внезапного постарения, в некоторых случаях появление сексуальных перверсий, весьма резко ощущаемых в сновидениях. Рак печени, захватывающий и поджелудочную железу,

сочетается с онирическими и гипнагогическими феноменами. Желудочно-кишечный тракт чаще и длительнее вызывает ипохондрические установки.

Примерно треть злокачественных новообразований у женщин локализуется в гениталиях, а рак шейки матки является наиболее частым видом злокачественных опухолей женской половой сферы. К тому же доброкачественные опухоли гениталий значительно увеличивают число онкогинекологических больных По данным Т.Ю.-Мариловой, психогенные реакции чаше наблюдаются у женщин, страдавших в прошлом неврозами, вегетативной неустойчивостью. Наряду с тревожно-депрессивным синдромом, пониженным фоном

настроения, главной психической травмой является чувство утраты женственности и боязнь распада семьи. У молодых женщин доминирует страх потери детородной функции.

Заболевание раком молочной железы сопровождается тяжелым психологическим стрессом. У таких больных возникает чувство потери женственности и как следствие — неполноценности и ущербности. Больная ощущает угрозу для жизни, страх перед возможной социальной изоляцией и распадом семьи. Перед каждой такой больной встает задача приспособления к новой жизненной ситуации и формирования адекватного отношения к собственной личности и своему здоровью.

Исследование особенностей мотивационной сферы у больных раком молочной железы как в пред- и послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки, спустя 3-5 лет, позволило Т.Ю.Мариловой выявить следующие психологические особенности этого контингента больных:

1) Заболевание раком молочной железы, создающее кризисную ситуацию для личности, приводит к изменению жизненной позиции, трансформирующей ее мотивационную сферу. На диагностическом этапе, когда преобладает позиция обреченности, основным смыслообразующим мотивом является мотив выживания. Формируются и дополнительные, соответствующие этому мотиву цели действий и поступков больных («завершение дел, устройство детей»). На предоперационном этапе доминирует мотив сохранения здоровья, выживания. После операции мотив сохранения здоровья становится ведущим. При этом он приобретает новый личностный смысл — социального выживания. На отдаленных этапах лечения, определяясь с установкой на самоутверждение, основным смыслообразующим мотивом становится мотив социального становления.

2) Осознание больными заболевания, его последствий опосредуется отношением к ним ближайшего социального окружения, Неадекватное отношение приводит к появлению тенденции разрыва социальных связей, контактов, уходу в болезнь.

3) Соответственно изменениям объективной позиции личности в системе социального окружения происходит изменение смысловых образований и ценностей ориентации больных.

По данным американских врачей гистерэктомия — одна из самых часто проводимых в США глобальных операций. В Великобритании этот показатель в два раза меньше. Причем предполагается, что от 40 до 60% могут быть подвержены в течение жизни этому оперативному мероприятию. Главный интерес психологов заключался в долго подчеркиваемой связи гистерэктомии с неблагоприятными психологическими последствиями. Подчеркивается как символическая важность матки для женской самоконцепции женственности, так и связьмежду преморбидными психологическими девиациями и гистерэктомией.

Выделяются следующие психосоциальные параметры, влияющие на психику женщин, перенесших радикальные онкогинекологические операции: символическое значение матки и отношение к ее полному удалению, понимание характера операции, понимание результатов операции как лечебного мероприятия при онкологическом заболевании, изменение сексуального и эстетического статуса, отношение к стерильности и в связи с этим отношение к родственникам и мужу, а также экспектация их отношения к больной, понимание необходимости дальнейшей гормональной терапии и пр.

Существенную роль играют сексуальные расстройства при опухолях подовой сферы и после радикальных операций. Особо выделяются такие сексуальные симптомокомплексы как снижение либидо и аноргазмия, возникающие в силу некоторых патофизиологических и психологических

механизмов — сухости влагалища, явлений уретрита, вследствие атрофии и других расстройств в уроге-нитаяьной области.

Ряд исследователей пытался выявить специфические особенности психопатологической картины в зависимости от объема оперативного вмешательства. Так, описывается, что после односторонней овариэктомии и гистерэктомии вегетативно-невротические синдромы встречаются в 22,9-80,8% случаев и зависят о времени, прошедшего после оперативного вмешательства, возраста больных и даже стороны удаления яичника. В целом острое развитие (через 0,5-2 года после операции) максимально проявляется у женщин 30-40 лет, правосторонняя овариэктомия давала несколько более выраженные клинические проявления (А.Н.Рыбалко).

Трюиз «рак излечивает неврозы» продолжает оказывать существенное влияние на процесс диагностики и терапии пограничных психических расстройств у онкологически больных. Парадоксальность ситуации заключается в том, что возникновение тревожных и фобических симнтомокомплексов в структуре, онкологических заболеваний является правилом, а их диагностика исключением.

У значительного числа онкологически больных на различных этапах болезни высоко вероятно формирование тревожных и фобичес-ких расстройств. Нередко можно обнаружить уникальное психическое состояние, суть которого заключается в том, что у пациентов, которые страшатся рака, в действительности обнаружен злокачественный характер онкологического процесса. Т.е. диагностике канцерофобии противоречит верификация рака. Традиционная дефиниция психиатрического термина («навязчивый страх заболеть раком») требует основываться на объективизации патологии («рака быть не должно»). Однако, клинические наблюдения и анализ случаев позволяют пересмотреть существующее положение. Значимым оказывается тот факт, что в силу традиций пациентки, как правило, не осведомлены об истинном характере их заболевания. Следовательно, для них сохраняет актуальность тема вероятности возникновения рака. В клинической картине заболевания преобладают навязчивые страхи о том, что врачи не до конца выявили причины и характер онкологической патологии и вследствие этого неэффективно провели операцию. При усилении страхов больные неоднократно обращаются к онкологам с просьбой повторить исследования, перепроверить врачебные заключения других специалистов. В домашних условиях они постоянно вербализовывают свои страхи при обсуждении с родственниками, находят подтверждения своим догадкам в их реакциях.

Учитывая, что часть родственников также не посвящена врачами в тайну диагноза, некоторые из больных направляются по настоянию родственников и близких к психиатру. В тех же случаях, когда родные и близкие знают об истинном диагнозе нередко в моменты, когда нациенты требуют сообщить им истинный диагноз, родственники в сердцах раскрывают тайну. Однако, у больных лишь на короткий промежуток времени возникает депрессивная реакция и исчезают фобии в ответ на высказывания родственников. После этого они вновь возобновляются, поскольку воспринимаются пациентами не как предоставление истинной информации, но как оскорбление. Тревожно-фобическая симптоматика оказывается стойкой и терапевтически резистентной. Такой психопатологический феномен назван нами *«канцерофобией у больных злокачественными новообразованиями».*

Резюмируя, следует сказать, что онкологические заболевания и психическое состояние пациентов имеют двухканальную связь. С одной стороны, онкологическая патология провоцирует появление разнообразных психических переживаний (от донозологических до

выраженных клинических психопатологических), с другой стороны, в появлении онкологических заболеваний, а также вероятности излечения от них существенна роль психологического преморбида и типов психического реагирования на заболевание.

Акушерская и гинекологическая патология

В сфере акушерских и гинекологических состояний и патологии психические факторы имеют особое значение при беременности, бесплодии, предменструальном синдроме и климактерии. Именно при перечисленных состояниях и процессах отмечается тесное переплетение психологических и акушерско-гинекологических факторов. Психическое состояние женщин имеет

специфические особенности, отличающиеся от типичных реакций мужчин на заболевания иных сфер.

Особенности психического состояния женщины во время беременности на протяжении многих лет, привлекают внимание специалистов. При этом отмечается как эмоционально отрицательная роль беременности, так и положительная. О благоприятном влиянии беременности на различные психические расстройства писал еще Гиппократ, указывая на то, что: «Истерическим девушкам я предписываю замужество, чтобы они излечились беременностью».

Всевозможные особенности в психологическом состоянии женщины во время беременности можно рассматривать в качестве проявления адаптации организма и личности женщины к наступившей беременности и оценивать эти проявления с позиции различных уровней адагггации. На биологический уровень адаптации в первую половину беременности заметное влияние оказывает один из яичников, во вторую — матка. Тонус вегетативной нервной системы по мере развития беременности повышается скачкообразно, обнаруживая существование своеобразных критических периодов для материнского организма. Так, в сроки до 12 недель преобладает тонус симпатико-адреналовой системы, во вторую половину — 28-30 недель усиливается тонус обоих отделов, но с некоторым преобладанием холинэргических реакций. С позиций анализа нейродинами-ческих процессов эмоциональное состояние беременных характеризуется тем, что при наличии положительного эмоционального фона в последние месяцы беременности имеет место активное состояние корковых процессов, приводящее к увеличению порога болевой чувствительности. В результате отрицательных эмоций, перенапряжения центральной нервной системы ослабевает функциональная активность коры, снижается порог к болевым ощущениям. Как правило, эти состояния зависят от ожидания желанного или незапланированного ребенка, положительный или отрицательный настрой.

Отмечается типичная динамика психологических проявлений во время беременности. Обычно в *первые месяцы* беременная чувствует себя неуверенно, остается амбивалентной в отношении предстоящего материнства. Страх перед неизвестностью может привести к подавленности. Беременной нравится (более или менее осознанно) ее состояние, ей хочется быть предметом внимания и забот, в то же время, она чувствует, что взрослеет, в ней борются две тенденции — инфантильности и взросления. Эта двойственность, часто вызывающая тревогу, может стать причиной смены настроения не всегда понятной окружающим. Во *втором триместре* наблюдается относительное спокойствие в состоянии беременной, происшествия довольно редки, осложнения — у здоровых женщин — исключение. Основная черта *третьего триместра* — «погружение в ребенка», ребенок сделался средоточением помыслов, интересов и занятий будущей матери. Непосредственно *перед родами* нарастает тревога, проявлением которой может быть гиперактивность беременной, желающей ускорить события. Психологические расстройства в последнем триместре наблюдаются в 60-80% случаев.

Важной психосоматической проблемой является проблема гесто-зов беременных. Известно, что у женщин с выраженным нежеланием иметь ребенка чаще наблюдается тяжелая форма токсикоза, в отличие от женщин с желанной и запланированной беременностью. Представители зарубежной медицины, пользуясь концепцией символического языка органов (A.Adler), интерпретируют рвоту беременных как символическое выражение нежелания беременности и рождения ребенка. Другие ученые, основываясь на принципах учения З.Фрейда, рассматривают ранние гестозы беременных как следствие «ослабления воли к материнству в связи с развитием цивилизации» или как проявление бессознательного отвращения к мужу.

В отечественной медицине большинство авторов оценивают феноменологию гестозов в зависимости от функционального состояния нервной, системы и психологического состояния (в том числе, характерологического преморбида) беременной. В.М.Воловик выделяет две группы пациенток. К. первой группе относятся женщины с незначительными аффективными нарушениями, проявляющимися в виде раздражительности, вспыльчивости, слезливости и обидчивости. Эти нарушения возникают на высоте гестоза и быстро устраняются вслед за исчезновением рвоты и нормализацией общего состояния. У всех женщин этой группы психологическая характеристика практически не отличается от здоровых беременных. У всех имеется положительная установка в отношении беременности, благоприятная семейная ситуация. Их характеризует гармонический склад личности, реалистический подход к возникающим трудностям. Анализируя причины возникновения гестоза и сопутствующих ему аффективных

расстройств у пациенток этой группы, автор приходит к важному выводу о том, что любая беременность, в том числе и протекающая совершенно нормально, сама по себе всегда является источником большего или меньшего психического напряжения, в силу чего безразличные в прошлом элементы среды и ситуации приобретают иное субъективное значение и становятся причиной личностных реакций. Во второй группе картина заболевания отличается значительным полиморфизмом: помимо рвоты и тошноты здесь часто отмечаются ознобы с гипертермией, головные боли, обмороки, лабильность артериального давления, гипергидроз. Аффективные нарушения встречаются чаще и носят более выраженный характер: у части больных наблюдается тревога, чувство беспредметного беспокойства и напряжения, возникающего помимо их воли. У многих возникают невротические расстройства и вегетативные нарушения не наблюдавшиеся у них ранее. Проведенное исследование позволило автору обосновать *психосоматическую природу раннего гестоза беременных,* показать, что психогенные факторы (наряду с самой беременностью) оказываются представленными в ряду патогенетических звеньев с наибольшим постоянством, а нередко выступают и в качестве основного патогенетического фактора.

Уровень распространенности психических расстройств у беременных колеблется от 6% до 34%. Они представлены как донозологическими проявлениями нарушения психофизиологической адаптации, так и клиническими психопатологическими симптомами. Выраженные перепады настроения и другие эмоциональные изменения долгое время рассматривались как характерные физиологические особенности беременных, в то время как эти проявления есть психические расстройства. G.Caplan показывает, что у женщин на поздних сроках беременности имеют место интравертированностъ, пассивная зависимость, депрессивность, отсутствие уверенности в своих силах и страх перед будущим материнством.

Перед родами здоровье будущего ребенка волнует подавляющее большинство женщин. При этом, у большей части беременных озабоченность состоянием ребенка имеет тенденцию к нарастанию по мере приближения родов. Многие беременные склонны беспокоится по поводу возможного влияния лекарств, а часть женщин о методах обезболивания. Описан *феномен пренатальной тревоги* и ее влияние на исход беременности. У беременной, как правило, выявляется несколько видов тревоги: 1) генерализованная; 2) физическая, когда женщина тяжело переносит физические аспекты беременности; 3) страх за судьбу плода; 4) страх перед необходимостью ухода за новорожденным; 5) страх перед родами; 6) страх перед кормлением новорожденного; 7) психопатологические феномены тревоги. Тревога по поводу предстоящего родительства более характерна для старших женщин.

Частота депрессивных феноменов различной степени тяжести колеблется от 10% до 14%, имея тенденцию к утяжелению по мере течения беременности. Отмечается выраженная зависимость депрессии от наличия психотравмирующих факторов семейного характера и серьезных опасений, связанных с рождением ребенка и статистически достоверная зависимости депрессии от таких психогенных факторов как: высокий уровень нейротизма, психиатрически отягощенный анамнез, супружеские конфликты во время беременности, страхи в отношении плода, мысли об аборте в период беременности, чувство утраты во втором и третьем триместрах, курение во время беременности.

Одним из наиболее известных патологических поведенческих феноменов во время беременности считается *«синдром грубого обращения с плодом»,* характерный для больных психопатией возбудимого круга. Этот синдром отмечается в период относительно поздней беременности и характеризуется агрессией, направленной на плод сам по себе, в отличие от случаев намеренной провокации аборта. Имеется ввиду прямое физическое воздействие на плод (удары по передней брюшной стенке) со стороны самих беременных. Подобное агрессивное поведение может отмечаться и у женщин с желанной беременностью.

Исследование **зависимостей между изменениями психического состояния и менструальным циклом** имеет давнюю историю и восходит своими корнями к наивно-материалистическому представлению о психозах у женщин, как следствию заболевания матки. Функциональные нарушения менструального цикла в гинекологической практике чрезвычайно распространены и составляют приблизительно треть всех нарушений менструального цикла у женщин детородного возраста. При функциональных гинекологических синдромах встречаются разнообразные психические нарушения. Из наиболее частых синдромов встречаются ипохондрический, депрессивный, синдром

сверхценных образований, реже выявляется истерический, гипома-ниакальный и обсессивно-фобический синдромы (В.Н.Ильин). Отмечается большая частота аффективных синдромов: тревожного, дисфорического, соматизированной депрессии. Сходные психические состояния встречаются у больных с аменореей. Считается, что психогенная дисменорея встречается, как правило, у эмоционально нестабильных, тревожных женщин с отчетливой тенденцией к снижению настроения. Непосредственной причиной этого синдрома становятся достаточно сильные или слишком часто повторяющиеся разочарования, огорчения и переживания. К развитию психогенной дисменореи приводят также «тревожные ожидания очередной менструации», возникающие после душевного потрясения или первой менструации, при страхе беременности или аборта или, напротив, при страстном желании забеременеть.

Менструальные расстройства, и особенно аменорея, составляющая около 2/3 нозологических форм эндокринно-гинекологических заболеваний, приобретают большое социальное значение в связи с тем, что следствием их часто является бесплодие. Негативное влияние бесплодия на поведение и сознание человека часто связывают с дистрессом и развитием т.н. «проблемного брака». По определению ВОЗ, бесплодным считается брак, в котором, несмотря на регулярную половую жизнь без применения противозачаточных средств, у жены не возникает беременность в течение года при условии, что супруги находятся в детородном возрасте. Психическое состояние бесплодных пациенток может иметь решающее значение в происхождении некоторых форм бесплодия. Указывается (Т.Я.Пшеничникова), что бесплодие в браке является социальным, психическим и часто физическим неблагополучием. Все эти три фактора тесно взаимосвязаны между собой и часто влияют друг на друга. Так, психическое неблагополучие проявляется повышением лабильности нервных процессов или заторможенностью, снижением интереса к окружающей среде и работе, возникновением комплексов неполноценности, психосексуальных расстройств и неустойчивостью семейных отношений. При мужском бесплодии три четверти жен психологически поддерживают мужей, а при женском бесплодии лишь пятая часть мужей высказываются в пользу развода, причем наиболее обостренный характер отношения принимают после 3 лет бесплодного брака (Е.А.Волкович). Межличностные отношений супругов в бесплодном браке значительно чаще обнаруживаются при женском бесплодии, чем при мужском. Подобные нарушения не только имеют значение для индивидуумов, состоящих в бесплодном браке, но также оказывают влияние на общество в целом, повышая число разводов и снижая социальную активность этой части населения.

McEwan выделяет ряд ситуаций, при которых следует ожидать у пациенток развитие психических нарушений: 1) молодые женщины исповедуют религию, трактующую бесплодие как грех; 2) женщины не имеют нормальных отношений с супругом; 3) женщины подвергались в течение своей жизни различным стрессам; 4) женщины, для которых диагноз инфертильности — неожиданность (например, при отсутствии соматических жалоб).

Бесплодие заключает в себе нарушение «чувства самостоимости» и «телесного образа». Чувства личной дефектности, потери сексуальной привлекательности и «социальной незаконченности» часто сопровождают этот диагноз. Нельзя не учесть и тот факт, что все большие религиозные группы принимают рождение ребенка как необходимое завершение брака, т.к. библейская доктрина о плодовитости — кардинальный принцип брака. В связи с этим в гражданской сфере жизненная функция семьи есть ее пополнение, и бездетность, таким образом, указывает на дисфункцию и дезорганизацию семьи. Убеждение, что родительство рассматривается обществом как важнейшая функция брака, способствует приобретению ощущения «провала». Родительство уравнивается с природным поведением, что указывает на уверенность в наличии репродуктивного управления или родительского инстинкта, который требует осуществления. Воспроизведение может быть воспринято как выполнение половой роли: материнство как развитие и выражение взрослости женщины и отцовство как развитие и выражение взрослости мужчины. Бездетность же может свидетельствовать обществу о женских генитальных качествах и мужской потенции.

Выделяют несколько этапов эмоционального реагирования на бесплодие DX.Rosenfeld и E.Mitchell): *удивление, горе, злость, изоляция, отрицание и согласие.* Первоначальная реакция — это удивление, переходящее в период шока и страдания, затем наступает восстановление, какое можно видеть «после смерти любимого существа». Этот «траурный процесс» сходен с потерей

желания существовать и усугубляется чувствами вины, стыда и социального несоответствия. Ощущение депрессии может «подпитывать» внутренний гнев, который усиливается часто появляющимся вопросом: «Почему я?». Возникающее стремление изолироваться и уменьшить контакты делает подобных больных трудными для обсуждения и лечения.

Одним из важных вопросов при диагностике состояния бесплодных пациенток считают оценку их мотивов иметь ребенка. У бес-

- 255 -

плодных супружеских пар существуют мотивы, несколько отличающиеся от традиционных мотивов деторождения, Erikson предложен термин «генеративность», который отражает не только процесс воспроизводства, но и потребность человека в заботе о ребенке и ответственность за его воспитание. Имеются и другие причины иметь ребенка — «удержать мужа», «заполнить пустоту», поддержать семейные традиции и т.д. Для многих пациенток с бесплодием вопрос о мотиве иметь ребенка оставался неясным и неосознаваемым. Ими приводятся рациональные доводы о том, что ребенок нужен, например, для «более полной жизни» или для «хорошего партнерства».

Многие зарубежные исследователи склонны объяснять происхождение бесплодия, особенно психосоматического, с точки зрения психоанализа. Некоторые из них пытаются найти причину бесплодия еще в раннем детстве. Ограничение стыдливой системой табу или, напротив, необузданное сексуальное поведение родителей может оказать на ребенка тормозное или деформирующее действие. В ходе психосексуального развития различные прямые или косвенные влияния могут выстроить в структуре личности нежелательные схемы, которые позже могут стать причиной «торможения женской роли».

Р.Дж.Пепперел разделяет женщин, страдающих психогенным бесплодием, на 3 основные группы. В 1-ую группу включены женщины, у которых бесплодие может прекратиться самопроизвольно, а интенсивное обследование легко «может сломать барьер, препятствующий зачатию». Во 2-ю группу входят женщины с более устойчивой «блокадой» зачатия, возможно происходящей в результате некоторой внешней стрессовой ситуации. 3-ю группу составляют женщины, бесплодие у которых возникло «в результате глубокого и длительного психосоматического напряжения, связанного с наличием психогенных страхов». Существенным при этом являются особенности представления о беременности и материнстве, сформированные в процессе воспитания. Они могут глубоко нарушать их психическое равновесие, и какие-либо отклонения и конфликты в этой сфере приводят к тому, что эти женщины испытывают сильный страх перед беременностью, и бесплодие возникает у них как психологическая защита. У этих женщин возможно обнаружение конфликта между сознательным желанием забеременеть и неосознанным отказом от беременности и материнства.

Deutsch описаны определенные типы женщин, страдающих бесплодием: 1) незрелые, чувствительные, разборчивые женщины, по-

- 256 -

детски капризные по отношению к мужу и склонные к функциональным расстройствам; 2) агрессивно-доминирующие женщины, не соглашающиеся признавать свою женственность; 3) материпо-добные женщины, которые правильно или неправильно понимая своего мужа, чувствуют, что они неспособны скопировать его в детях и поэтому переносят свой материнский инстинкт на уход за ним; 4) женщины, посвятившие себя идейным и другим интересам.

Многими исследователями подчеркивается большое значение психических нарушений и стрессовых воздействий в происхождении т.н. «необъяснимого бесплодия». Бесплодие неясного генеза может быть диагностировано при условии фертильности партнера, положительном посткоитальном тесте, проходимых маточных трубах у женщин с регулярными овуляторными циклами и составляет 4-40% от общего числа бесплодия (Т.Я.Пшеничникова). У большинства из таких пациенток обнаруживаются различные психоэмоциональные отклонения, чувство неполноценности и одиночества, наличие «истерических состояний» в дни овуляций или менструации, что указывает на *«синдром ожидания беременности»* (Т.А. Федорова).

Одним из наиболее известных в гинекологической практике является предменструальный синдром. Клинические симптомы предменструального синдрома появляются, как правило, за 2-14

дней до менструации и исчезают сразу после того, как она наступит или в первые ее дни. Сочетание симптомов может быть различным, но чаще всего в клинической картине представлены пограничные психические расстройства, сопровождающиеся обильной вегетативной симптоматикой. Характерными являются раздражительность, пониженное, иногда гневливое настроение, плаксивость и слезливость, легкая ранимость, эмоциональная лабильность, нарушения сна, головные боли и головокружения, неспособность сосредоточиться на выполняемой работе, быстрая утомляемость. Кроме этих симптомов нередко встречается зуд всего тела, тахикардия, разнообразные боли и неприятные ощущения в области сердца, повышение температуры тела, ознобы, нагрубание молочных желез и другие. В зависимости от количества симптомов, длительности и интенсивности их проявлений предменструальный синдром разделяется *на легкую и тяжелую формы*. К легкой степени (форме) относятся астенические и астено-депрессивные симптомокомплексы при наличии полной критичности пациентов к проявлениям болезни. При тяжелой степени (форме) наблюдается некоторое снижение критичности к болезни и своему поведению (в рамках непсихотического уровня психических расстройств), большая спаянность симптомов заболевания

с личностью больных, относительная частота истерических и ипохондрических жалоб. Тяжесть вегетативно-сосудисгых симптомов при предменструальном синдроме не всегда находится в прямой зависимости от психического состояния. Диэнцефальные кризы, считающиеся наиболее тяжелым проявлением вегетативной дисфункции гипоталамической области, чаще сочетаются с тяжелой формой предменструального синдрома, хотя и при легкой форме они могут иметь место.

Пограничные психические расстройства, выявляемые у больных женщин с предменструальным синдромом, заметны не только самим больным, но и их родственникам. Во время появления болезненных симптомов женщина создает множественные конфликтные ситуации дома и на работе, что приводит к эмоциональным переживаниям как самих больных, так и окружающих их родных и знакомых. Если в первую половину менструального цикла больные, как правило, добродушны, благожелательны, выдержаны, спокойны, их поведение упорядочено и соответствует сложившемуся стереотипу, то с приближением менструации все чаще можно отметить появление у них неадекватных реакций и поведения. Следует оговориться, что личностные и характерологические качества в первой половине менструального цикла все же иногда имеют тенденцию к заострению.

При легкой форме предменструального синдрома женщина самостоятельно обращается к врачу, ищет помощи, понимает болезненный характер симптомов заболевания. При тяжелой же форме по мере течения болезни появляются симптомы, затрагивающие личностный уровень реагирования. При этом на передний план начинают выступать эгоизм, придирчивость, демонстративность, желание получить выгоду от своего положения, снижение самокритичности. Больные требуют к себе повышенного внимания со стороны родственников, заставляя последних выполнять любые их прихоти: По словам мужа одной больной, дни перед наступлением менструаций у жены становились «черными дня террора», т.к. в этот период нельзя было включать телевизор или магнитофон, зажигать яркий свет, надолго уходить из дома. Малейший «неправильный шаг» вызывал бурную истерическую реакцию со стороны жены, считавшей, что все действия родственников направлены на то, чтобы вывести ее «из себя» или «вогнать в могилу».

Нередко при предменструальном синдроме встречаются ипохондрические симптомы, которые могут быть представлены и при легкой, и при тяжелой формах. Проявляются они в повышенной мнительности больных за свое здоровье, преувеличением тяжести имеющихся симптомов. При этом некоторые женщины становятся назойливыми, готовыми жаловаться на свое самочувствие «каждому встречному». Следует отметить, что при тяжелой форме предменструального синдрома чаще не сами больные обращаются к врачам, а родственники, заметившие измененность поведения женщин, приводят их на лечение, что может расцениваться теми, как оскорбление.

По течению предменструальный синдром разделяется на три типа: *компенсированный, субкомпенсированный и декомпенсированный.* К первому типу относятся состояния, при которых симптомы болезни с годами не прогрессируют, т.е. предменструальный синдром течет клишеобразно без включения новых симптомов или утяжеления старых, уже имевших место. Вне

проявлений болезни женщина чувствует себя совершенно здоровой. К субкомпенсированному типу течения относится предменструальный синдром, проявления которого с годами увеличиваются по срокам, но не превышают, с одной стороны, середины менструального цикла, с другой, — начала менструаций. Декомпенсированный тип течения предменструального синдрома обусловливает одновременное постепенное утяжеление клинической картины и увеличение сроков проявления болезни. При этом типе течения и после окончания менструаций некоторые симптомы заболевания полностью не исчезают. Легкая форма предменструального синдрома сочетается чаще с компенсированным и субком-пенсированным типами течения, тяжелая — декомпенсированным.

Многообразие проявлений предменструального синдрома укладывается в следующие психопатологические симптомокомплексы: *астенический, тревожно-депрессивный, истеро-ипохондрический, дисфорический и смешанный.* Особый интерес представляет дисфорическая форма предменструального синдрома. Еще в конце прошлого века Kraft-Ebing писал: «Очень многие женщины, являясь в промежутке между периодами регул нежными супругами и матерями, милыми хозяйками и приятными собеседницами в обществе, совершенно изменяются в своем характере и обращении, как только регулы у них показались или приближаются. Это как буря — они становятся придирчивыми, раздражительными и сварливыми, порою превращаются в настоящих фурий, которых все боятся и избегают». При судебных разбирательствах конца прошлого века женщин, совершивших преступление в менструальный или предменструальный период признавали невменяемыми, что может свидетельствовать о том, что судебные медики расценивали патологическое состояние женщин, связанное с менструациями, как особо тяжелый недуг, приравниваемый, видимо, к психозам.

Не случайным является сравнение Kraft-Ebing изменений характера женщин/в предменструальный период с характером фурий (богинь мщения) и обозначение подобного состояния M.Schlobies понятием «дисфория». Диагностика последней основывается на ведущих симптомах в клинической картине — на психологически немотивированной злобе, раздражительности, гневливости. Клиническое сходство предменструального синдрома с дисфорией подтверждается и критическим отношением женщин к происходящей с ними метаморфозе в период приближения менструаций. По прошествии этого периода они обычно стыдятся «своих выходок», «не представляют себе», что могли вести себя так «безобразно». Выявлена связь возникновения дисфорического варианта предменструального синдрома с сексуальными конфликтами женщины и, в частности, с аноргазмией. Оргазм физиологически представляет собой «разряд», который эмоционально проявляется пароксизмальным ощущением удовлетворенности, а при электроэнцефалографическом исследовании в момент оргазма описано появление комплекса «пик-медленная волна» (W.H.Masters, V.E.Johnson, R.G.Heath). Традиционно считается, что отсутствие оргазма не вызывает никаких патологических расстройств и не приносит женщине дискомфорта. Однако, можно предполагать, что приобретенная аноргазмия клинически проявляется в виде психопатологических симптомов лишь в предменструальный период (а не в иные периоды менструального цикла), что связано с тем, что оргастическая способность (возможность) женщины как правило увеличивается именно при приближении менструаций. То есть, психопатологическая симптоматика является викарной по отношению к оргастической функции. Немаловажным представляется и тот факт, что в характере женщин с предменструальной дисфорией можно усмотреть такие свойства, как: ригидность, стойкость аффектов, некоторая эксплозивность, педантичность, честолюбие, косность установок. Не исключено, что исчезновение выработавшегося в течение сексуальной жизни и ставшего необходимым эмоционального и физиологического «разряда» преобразовали предоргастическое напряжение в отрицательно окрашенную предменструальную дисфорию.

Климактерический период в жизни женщины связан с возрастной перестройкой гипоталамической области, приводящей к нарушению цикличности менструаций и прекращению репродуктивной способности. По мнению В.М.Дильмана, климакс является одновременно и нормой, и болезнью: нормой потому, что климакс в женском организме явление закономерное, а болезнью потому, что это стойкое нарушение регуляции, приводящее в конечном итоге к снижению жизнеспособности организма В основе возрастного выключения репродуктивной функции лежит не что иное, квас повышение гипоталамического порога чувствительности к регулирующему влиянию половых гормонов. Тот же самый процесс компенсации, который является неотъемлемой частью механизма развития, со временем вызывает патологические

изменения или болезнь, На основании механизма возникновения такие болезни, связанные с процессом развития, называются болезнями компенсации. Действуя в одной упряжке единства, противоположности не теряют своей сути: увеличение длительности детородного периода одновременно создает условия, ведущие к более раннему прекращению жизни за счет болезней старения. Два лика климакса и нормы, и болезни — характеризуют отсутствие грани между возрастом и болезнью, между нормой и патологией, обнажая еще раз сущность единства противоположностей, скрытых в каждом явлении природы (В.М.Дильман).

Критериями физиологичности (нормальности) протекания климакса следует признать адаптационные процессы как на уровне сомы, так и психики. Понятие патологического климактерия в свою очередь включает в себя различные патологические проявления инволюционного процесса, нарушающие как соматическое, так и психическое здоровье.

На частоту и выраженность симптомов климакса могут существенно влиять биологические, а также культуральные и социально-экономические факторы. К последним относятся: а) социальное значение, которое в определенных этнических группах придают менструации и освобождению от стигмы менструации по наступлении менопаузы, б) социальное значение бездетности; в) социальное положение женщин в период постменопаузы; г) отношение мужа к своей жене в период постменопаузы (например, как к сексуальному партнеру); д) степень социально-экономической депривации, испытываемой в этот период; е) степень изменения роли женщины в этот период и возможность выполнения ею новых или альтернативных функций; ж) доступность медицинской помощи в связи с симптомами перименопаузы. До настоящего времени проведено очень мало сравнительных исследований с целью изучения отношения и реакций на состояние менопаузы в разных этнических группах. Полученные результаты указывают на резкие различия, обусловленные сложными причинами. Так, женщины, принадлежащие к определенной (и относительно богатой) индийской касте, в период климакса предъявляли меньше жалоб, чем женщины США (M.Flint). Предполагают, что это связано с различиями в положении таких женщин; индийские женщины освобождаются от гнета многих ограничений и приобретают более высокий статус, тогда как американские женщины предвидят потерю своего положения в «ориентированном на молодость» обществе. Отмечены также различия между принадлежащими к среднему классу женщинами еврейского и кубинского происхождения в США: последние испытывают большие трудности в связи с менопаузой. Более того, социальная интеграция таких женщин значительно ниже, и причины этих очевидных этнических различий могут быть весьма сложными. Выявлены также и различия в отношении к состоянию менопаузы при обследовании 5 этнических групп женщин в Израиле (4 еврейских, соответственно центрально-европейского, иранского, турецкого и североафриканского происхождения и 1 арабской), причем регистрировались аналогичные жалобы соматического характера, включая приливы и потливость. Арабские женщины занимали наиболее положительную позицию по отношению к «климактерическому кризису», европейские — испытывали по этому поводу наибольшее беспокойство, тогда как иранские — стояли на наиболее отрицательных позициях и предъявляли множество жалоб. Наиболее существенные различия имелись в области оценки супружеских отношений. При этом арабские женщины надеялись, что их мужья будут проявлять к ним после наступления менопаузы больше интереса, тогда как еврейки иранского происхождения были настроены весьма пессимистично. Авторы этого исследования заключили, что их данные отчетливо демонстрируют значение этнических особенностей в формировании психической и психосоматической симптоматики и восприятии климактерия. В происхождении психопатологических симптомов климакса могут иметь значение некоторые социальные и культураль-ные особенности (профессия, уровень благосостояния, образование).

Кардинальным является вопрос о клинических особенностях *физиологического и патологического климакса.* Большинство авторов физиологическим считают климакс, протекающий без выраженных патологических симптомов, с постепенным угасанием менструальной функции и проявляющийся различными признаками, которые, однако, не вызывают симптомов болезни. В понятие же дисгармонично протекающего климакса включаются два наиболее типичных проявления переходного периода — дисфункциональные маточные кровотечения и климактерический синдром. Патологические проявления климактерического периода привлекают внимание психологов и психиатров тем, что часто клиническая картина заболевания, связанного с климаксом, исчерпывается психологическими феноменами или психопатологическими симптомами и синдромами.

Картина **климактерического синдрома** складывается из психопатологических, вегетативных и эндокринных симптомокомплексов. На связь психических отклонений с климаксом указывал П.Малиновский в 1855 году: «В то время, когда женщина делается уже не способной быть матерью, в теле ее совершается переворот — прекращение месячного очищения, — и в этот период женской жизни бывает немало случаев, где дело не обходится без помешательств». И далее: «Когда человек передвинулся за 40 лет, когда он увидел, как разлетелись мыльные пузыри им созданные, когда достаточно испил из чаши жизни и узнал, что нектаром были обмазаны только края, когда в самом себе сказал «суета сует», и особенно если ко всему этому присоединяются уже укоренившиеся беспорядки в отправлениях печени и воротной вены или завалы в других брюшных внутренностях, то весьма естественно, что после этого чаще развивается помешательство уже не бешенное, но ограниченное, мрачное».

Рассматривая психическое состояние больных женщин с позиции учения В.Н.Мясищева, М.Э.Телешевская описывает своеобразную перестройку системы отношений личности, связанную с климаксом, подчеркивая, что даже бывшие на протяжении своей жизни активными, энергичными, целеустремленными, выносливыми, достаточно уверенными в себе становятся в этом возрасте мнительными," тревожными, легко ранимыми, неуверенными, нерешительными, сомневающимися во всем. Особенно значительно изменяется система отношений личности в направлении занижения собственных возможностей, исчезновения жизненных перспектив, связанного с преувеличением тяжести болезненных ощущений. В климактерическом возрасте у женщины появляется множество дополнительных психогенных факторов, которые до этого не причиняли ей беспокойства. Это так называемые условно-патогенные психические травмы, связанные именно с изменением системы отношения личности. Условно-патогенными становятся такие проявления климакса, как изменение внешнего облика (седые волосы, снижение тургора кожи, появление морщин), изменение либидо, значимость которых в этом возрасте резко возрастает. Все это происходит при нарушении адаптации, при появлении черт ригидности, «застреваемости» на малейших неприятностях, что в свою очередь приводит к своеобразному «сужению личности». Иногда такое состояние, развивающееся в связи с патологически текущим климаксом, как изменение личности, приводит в конечном итоге к своеобразному «дефекту», проявляющемуся патологией эмоций и побуждений. На первый план при этом выступают прогрессирующая вялость, пассивность, равнодушие к тем сторонам жизни, которые совсем недавно представляли интерес, вызывали эмоциональный резонанс.

Рассматривая причины возникновения невротических симптомов у женщин в климактерическом периоде, В.Н.Мясищев и Е.К.Яковлева установили, что они, в первую очередь, зависят от пре-морбидных особенностей личности больных. Кроме того, среди пациенток, страдающих климактерическим синдромом, значительно чаще по сравнению со здоровыми встречаются одинокие и вдовы.

Большинством ученых-психологов в последние годы подвергается сомнению ведущая роль биологической предиспозиции к дисгармоническому течению климакса. Остановимся подробнее на аргументации подобной точки зрения. В известной работе «Климактерический период — социально-психологические аспекты» U.Lehr задается вопросом: «Является ли климактерический период кризисной ситуацией в наши дни?». И сама комментирует его: «Еще сто лет назад климактерический период — если до него вообще доживали, а не умирали после рождения 6, 7 или 8-го ребенка — означал внезапный конец длившегося до этого времени и основательно использованного репродуктивного цикла. Начало климактерического периода означало для большинства женщин быстро приближающуюся смерть. Сегодня же климактерий начинается в среднем спустя 23,6 лет после завершения рождением последнего ребенка. В наши дни женщина в начале климакса имеет еще впереди 25-30 лет, т.е. треть всей жизни. Констатация «начинающегося в этом периоде умирания» несколько преувеличена. Макс Бюргер видит начало старения (и тем самым каждодневное приближение смерти) в моменте зачатия».

Три аспекта патологического климакса встречаются в настоящее время в группах женщин, которые видят свою единственную задачу в рождении и воспитании детей и вдруг сталкиваются с «утратой функций»: 1) высокая значимость климактерического периода для личности как «поворота в жизни», 2) фиксирование внимания на физиологических процессах и 3) отрицательное восприятие этих ситуаций. Внезапно лишенные этой цели, они чувствуют, что их дальнейшая жизнь не имеет смысла.

Считается, что в тех случаях, в которых у женщины к инволюционному возрасту остаются нерешенные проблемы (среди которых на первом месте стоит одиночество), климакс воспринимается как катастрофа, как событие, рушащее остатки надежд на благоприятное разрешение жизненной ситуации. При этом возможны различные варианты поведения женщины, связанные с климаксом (H.Prill): 1) безразличное (аперсональное) поведение; 2) приспособление; 3) развитие невротического поведения; 4) активное преодоление.

Наиболее характерными признаками психогений в инволюционном периоде, по данным В.Н.Мясищева и Е.К.Яковлевой, являются переживания личности, связанные с патогенным противоречием неотвратимой утраты витальных возможностей при еще сохранившихся жизненных потребностях. В патогенезе прослеживается роль семейного неблагополучия (измены мужа, его намерение развода, страх перед распадом семьи в связи с отсутствием детей, реакции на снижение потенции у мужа).

Климактерический синдром представлен четырьмя клиническими вариантами: *астеническим, сенесто-ипохондрическим, тревожно-депрессивным и истерическим.*

Способность человека адаптироваться к всевозможным жизненным стрессовым ситуациям связана с различными факторами, среди которых имеют значение структура его личности и сложившийся стереотип реагирования на фрустрирующие события. С этой точки зрения климактерический период в жизни женщины можно сравнить с экстремальными условиями, в которые попадает личность. Все это предъявляет к организму и личности женщины в переходный возрастной период повышенные требования, оказывающиеся для многих из них трудноразрешимыми в связи с нарушениями адаптивных возможностей в инволюционном возрасте. Женщины с благоприятной микросоциальной обстановкой (благополучная семья, заботливые дети, внуки) переживают климактерический период относительно благополучно, «нейтрализуя» значимость климакса с помощью переключения интересов на семью или иную деятельность. Упругих в переходном возрасте остается много нерешенных проблем (одиночество и пр.), которые определяют их отношение к климаксу как к катастрофе. В ряде случаев климакс представляет собой особо значимое явление, отражая стержневую сторону переживаний, вызывающих в поведении женщин разительные метаморфозы. У женщин, которые стараются «защититься» от старения часто развиваются гиперкомпенсаторные реакции, вытекающие из «протеста» (например, чрезмерная забота о собственной внешности, повышенный интерес к косметическим средствам). Подобные реакции можно обозначить термином *«мистификация действительности»,* так как больные осознанно или неосознанно не хотят замечать объективных признаков наступающего старения, отрицая его всем своим нарочитым поведением. Происходящее при этом изменение системы отношений личности вызывает существенную переоценку значимости тех или иных событий. Выявлено, что в этот возрастной период при патологическом течении климакса наиболее значимым для большинства женщин становится развод, который приводит иногда даже к психотическим нарушениям. Наряду с этим некоторые психотравмирующие ситуации, провоцирующие нарушения психологической адаптации, у женщин другого возраста в климаксе не всегда являются патогенными. Парадоксальным, на первый взгляд, кажется установленный факт, что такая объективно значимая для любой матери психическая травма, как смерть ребенка, для женщин с патологически текущим климаксом становится менее патогенной, чем развод с мужем.

Резюмируя описание психологических особенностей и психических расстройств у больных с акушере ко-гинекологической патологией, можно отметить широкую представленность изменений психической деятельности у пациентов, тяжесть и глубину психологических проблем, связанных с перестройкой системы отношений личности заболевшей женщины.

Терапевтическая патология

Заболевания, относимые к терапевтической группе, объединяют большой круг соматической патологии. В данный раздел включено освещение вопросов психологии больных С собственно терапевтической, эндокринологической, неврологической патологией.

Наиболее известными соматическими заболеваниями, связанными с психологическим воздействием и проявляющимися помимо соматического, психическими симптомами, являются гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12 п.кишки, ишеми-ческая болезнь сердца и

некоторые другие. В данной главе приведены описания психологических особенностей больных с хронической терапевтической патологией, которая не отнесена к психосоматическим заболеваниям. Последним посвящен отдельный раздел.

Ситуация **хронического соматического заболевания** описывается В.В.Николаевой, как провоцирующая кризис психического развития в целом и развития личности в частности. Изменения личности при тяжелых соматических заболеваниях рассматриваются как новообразования, возникающие в период кризиса развития. Объективная ситуация тяжелого, опасного соматического заболевания, отрыв от привычного социального окружения, возможность калечащей операции, инвалидность приводят к изменению объективного положения человека в социальной среде (Л.И.Божович). Суть патогенного воздействия болезни на личность заключается в том, что массивная и длительная интоксикация, нарушение обменных процессов, истощение приводят к изменению протекания психических процессов, к снижению операционально-технических возможностей пациентов (В.В.Николаева). Центральным психологическим механизмом личностных изменений в условиях хронической соматической болезни выступает перестройка иерархии мотивов по типу их переподчинения новому главному смыслообразующему мотиву — сохранения жизни и восстановления здоровья, названному АШ.Тхостовым «сдвигом цели на мотив».

Описан ряд критериев, по которым личность больного при хроническом и длительном течении заболевания, считается измененной (В.В.Николаева):

1. Изменение содержания ведущего мотива деятельности (формирование нового мотива ведущей деятельности — к примеру, патологическая деятельность голодания при анорексии).

2. Замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого порядка (например, мотив «самообслуживания» при ипохондрии).

3. Снижение уровня опосредованности деятельности (деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется).

4. Сужение основного круга отношений человека с миром, т.е. сужение интересов, обеднение мотивационной сферы.

5. Нарушение степени критичности и самоконтроля.

При прогрессировании хронической болезни меняется вся система отношений больных. Значимыми становятся только те события, которые не противоречат вновь выделившемуся смыслообразующему мотиву сохранения жизни. Вследствие этого, появляется замкнутость, отчужденность, обеднение контактов с людьми, пассивность. Выделение мотива сохранения жизни ведет к формированию ограничительного поведения: инертности, снижению активности.

Различные нозологические формы заболеваний способствуют проявлению некоторых специфических особенностей клинических проявлений психологических изменений. Они, как правило, обусловливаются локализацией патологического процесса (сердце или прямая кишка, желудок или мочевой пузырь), длительностью заболевания, выраженностью болевого раздражения и другими факторами. Вследствие этого, можно лишь условно говорить о разнице психических изменений при той или иной соматической патологии. Исключение составляют психосоматические заболевания.

Наряду с общими закономерностями влияния болезни на личность, при сердечно-сосудистых заболеваниях имеет место феномен, который R.Johnson назвал *«социокультуральной символикой сердца».* Связано это с тем значением, которое придает человек сердцу. Целый ряд факторов, оказывающих тяжелое истощающее воздействие, участвует в генезе изменений психики у больных с приобретенными пороками сердца (Л.Ф.Бурлачук, Е.Ю.Коржова). У больных отмечается инертность, нерешительность, утрата волевой активности и жизненной стойкости, потеря интереса к труду и жизни в целом, сужение круга интересов, эгоцентричность, а также обидчивость, несдержанность. Наиболее частым, по мнению Л.Ф.Бурлачука и Е.Ю.Коржовой, типом отношения к болезни являются сенситивный и эргопатический. Следует отметить, что эргопатический можно считать довольно типичным для пациентов с разнообразной патологией сердца.

Одной из наиболее тяжелых эндокринных патологий является сахарный диабет. Роль психического параметра (стресса) в возникновении сахарного диабета является в настоящее время доказанной. Еще в 1674 году T.Willi одним из первых указал на связь диабета с душевными переживаниями, подчеркнув тот факт, что появлению сахарного диабета нередко предшествует «длительное огорчение». Был описан «диабет биржевиков», «диабет банкиров», как заболевания в генезе которых роль профессиональных психических перенапряжений выделялась особо.

Вопрос о роли эмоциональных воздействий в этиологии и патогенезе сахарного диабета приобрел большое значение с началом эры психосоматической медицины. Большинством медиков разделялась точка зрения о том, что острая эмоциональная травма или длительный психологический стресс могут лишь выявить латентный диабет, переведя его в клиническое состояние. Имеется довольно обширная литература, посвященная анализу личностных особенностей больных диабетом, выявляющихся еще до манифестации заболевания. Крайним выражением взглядов о характерологическом своеобразии этих больных является *концепция «специфической личности»* в психосоматической школе W.C.Menninger. Приверженцы этой концепции указывают на тот факт, что больные сахарным диабетом обладают особой личностной структурой, отличающей их как от больных с другими хроническими заболеваниями, так и от здоровых людей. R.Alexander считал, что сахарный диабет характеризуется не типом личности, а типичной конфликтной ситуацией, ядром эмоционального конфликта, которые и определяют соматические особенности при этом заболевании. Описывались такие часто встречающиеся у больных диабетом черты как эгоцентризм, раздражительность, капризность и несдержанность. Отмечалось также, что «среди больных диабетом чаще, чем в среднем населении, встречаются люди интеллигентные и энергичные».

Подобная категоричность не отражает реальной ситуации, однако имеются многочисленные свидетельства в пользу существования определенных характерологических и личностных особенностей больных диабетом. К ним чаще всего относят сочетание шизоидных черт характера с «параноической готовностью» (S.Elhardt), свойственную детям еще до болезни явную или скрытую тревожность, беспокойство, черты нервозности. Весьма типичным, с точки зрения H.Bruch для заболевающих диабетом детей, являются обсессивно-компульсивные качества. Кроме того, многие исследователи отмечали, что дети, страдающие сахарным диабетом, до заболевания отличаются повышенной добросовестностью, серьезностью, отсутствием детской беззаботности (SAndersova). У них часто отмечаются нарушения контактов со взрослыми, конфликты с родственниками. M.BIeuler, в целом отрицая особый тип личности, предрасположенной к сахарному диабету, отмечал, что «эти дети и подростки выглядят как чувствительные, замкнутые, трудные для понимания шизоиды», в то время как «заболевающие в зрелом возрасте отличаются чертами циклоидности и синтонности».

Психические проявления гипогликемического состояния при сахарном диабете относят делириозные расстройства сознания, депер-сонализационно-дереализационные феномены, галлюцинаторно-параноидные эпизоды, эйфорию. K.Jaspers, наряду с перечисленными отмечал «недостаточное осмысление окружающего, аномальную перцепцию, чувство опустошенности, повышенную чувствительность к шуму, стадиальные изменения в уровне сознания». Нередко исследователями выявлялись разнообразные расстройства восприятия: блеклость или красочность мироощущения (преобладание желтых и синих тонов), некоторые виды метаморфопсии(микро-, макропсия), гипнагогические галлюцинации, шум в ушах, парестезии, расстройство схемы тела, изменение чувства времени при сохранении кри-

тики к переживаемому. В совокупности все эти расстройства были впоследствии названы *синдромом Benedek.*

В последние годы появилось большое количество работ о негативном влиянии гипогликемии на когнитивную функцию. Крайне интересными и важными представляются описанные M. Fabrykant и B.L.Dacella псевдогликемические реакции при нормальном или повышенном уровне сахара, которые обычно сохранялись при введении углеводов.

На синдромальном уровне, как правило, выделяют *астенический, астено-ипохондрический, астено-депрессивный, обсессивный и истероформный синдромы* (Е.В.Елфимова). При этом отмечается, что на формирование психических расстройств оказывают влияние тип сахарного

диабета, его длительность и степень тяжести, а начало заболевания в детском и подростковом возрасте и длительное (больше 8-9 лет) течение болезни создают предпосылки для патологического развития личности больных диабетом. Доказанным можно считать факт, что частота встречаемости психопатологических синдромов в зависит также от типа сахарного диабета. При сахарном диабете 1 типа (инсулинозависимом) преимущественно присутствует астено-депрессивный и истероформный синдромы и истерический вариант патологического развития личности, а при сахарном диабете 2-го типа (инсулиннезависимом) чаще встречаются астенический и астеноипохондрический синдромы, а также обсессивный, эксплозивный и психосоматический варианты патологического развития личности. Важное место среди психических расстройств при сахарном диабете занимают *«нарушения пищевого поведения»* в виде анорексии и булимии..

Среди неврологических заболеваний особое место занимает **остеохондроз позвоночника**, связь проявлений которого с психологическим состоянием человека является весьма существенной. Считается, что в механизме развития поражений позвоночника важную роль играет эмоциональное состояние человека. Страх и тревога способны приводить к напряжению скелетных мышц и способствовать образованию мышечного каркаса, который, в свою очередь, может провоцировать формирование неадекватного двигательного стереотипа. У пациентов с высоким уровнем тревожности и обусловленным ей высоким мышечным тонусом формируется поза с напряжением мышц торса, прямой и «одеревенелой» спиной. Из психологических особенностей больных выделяются нетерпеливость, суетливость, несобранность и, как следствие, нарушение координации движений. В структуре личности человека, заболевшего остеохондрозом шейного и поясничного отделов позвоночника, могут преобладать черты застенчивости, скромности, робости и зависимости от авторитетов, которые внешне проявляются в формировании осанки. Интересны выявленные корреляции между нарушениями предраст-ройки к мышечным движениям у пациентов с остеохондрозом и снижением способности к антиципации (вероятностному прогнозированию) у больных неврозами, что позволило Я.Ю.Попелянского говорить о сходстве патогенетических механизмов этих заболеваний.

Как правило, у больных с неадекватным двигательным стереотипом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника обнаруживается эргопатический, неврастенический и тревожный типы реагирования на заболевание, при адекватном двигательном стереотипе — гармоничный (Е.Г.Менделевич). При этом наблюдается два различных пути влияния психологических факторов на течение остеохондроза. Патогенным, с одной стороны, оказывается анозогно-зически-эргопатическая реакция человека с поведением, демонстрирующим малую значимость проявлений болезни, желание собственными силами справиться с болями и скованностью, «разработать» движения. С другой стороны, патогенным оказывается преувеличение значимости проявлений болезни с формированием неадекватного беспокойства и тревоги. Среди факторов, определяющих тип психического реагирования на остеохондроз важным оказывается представление об этом заболевании, как о тяжелом страдании. Отмечается высокий рейтинг остеохондроза как серьезной патологии по сравнению с другими заболеваниями у пациентов с неадекватным двигательным стереотипом.

Хирургическая патология

В отличие от терапевтической патологии, при которой патогенным для психической деятельности становится состояние длительного хронического заболевания, и изменение системы отношений личности происходит постепенно, в рамках хирургической патологии отмечается значимость **психологического операционного** стресса (предоперационного и постолерационного). Основными проявлениями операционного стресса выступают эмоциональные феномены, чаще других — тревога.

Необходимость проведения хирургического оперативного вмешательства, как правило, застигает пациента врасплох в отличие от ситуации хронической соматической патологии, к которой он постепенно адаптируется. И если обязательность тех или иных терапевтических мероприятий человек может спрогнозировать, то предположить возможность и необходимость операции пациент способен в значительно меньшей степени. Иными словами, для клинического психолога важным становится тот факт, что психологическая готовность к терапевтическим и

хирургическим мероприятиям со стороны больного кардинально различается. У пациента с хроническим соматическим заболеванием адаптация происходит условно говоря к настоящему статусу, а у хирургического — к будущему.

Отличительными особенностями психологии пациента хирургической клиники считается экспектация послеоперационного статуса, сопровождающаяся предоперационной и постоперационной тревогой. Особые реакции можно ожидать от пациентов, подвергающихся трансплантологическим оперативным вмешательствам, связанные с внутриличностным конфликтом по поводу приобретения органов другого человека. Данный факт влияет на самооценку человека, восприятие и принятие им себя как целостной личности после операции. Нередки в подобных случаях деперсонализационные расстройства и нарушения восприятия собственной схемы тела.

В хирургической практике значимым оказывается стратегия выбора пациентом способа лечения. Больной, нацеленный на психологическую стратегию *«избегания неудач»,* будет относиться к оперативному вмешательству как к последнему средству снятия болезненных проявлений и согласится на операцию лишь после того, как будут использованы все иные палиативные способы. Пациент же, исповедующий психологическую стратегию *«стремления к успеху»,* самостоятельно может обратиться за хирургической помощью и настаивать на скорейшей операции. Суть психологических отличий этих пациентов заключена в принятии существующего патологического состояния и отношении к риску его ухудшить в процессе терапии. «Не было бы хуже» — принципиальная психологическая позиция пациента, принимающего болезненные симптомы своего заболевания и старающегося адаптироваться даже к самым тяжелым из них. От страшится потерять то, что имеет и впоследствии раскаиваться за собственное решение произвести операцию. «Лучше пусть будет хуже, чем терпеть то, что есть,» — позиция другой группы пациентов, соглашающихся рисковать и идти на операцию ради кардинального улучшения собственного состояния здоровья. При этом у первых истинное состояние здоровья может быть лучшим, чем у вторых.

Предоперационная тревога является типичной психологической реакцией на сообщение о необходимости проведения хирургической операции. Она выражается в постоянном беспокойстве, неусидчивости, невозможности сосредоточиться на чем-либо, нарушении сна. Тревога проецируется в будущее, отражая ожидания от качества операции, будущего состояния, удовлетворенности тем, что согласился на операцию. *Постоперационная тревога,* которая клинически может быть идентичной предоперационной, связана с перенесенным операционным стрессом, со сличением экспектаций (ожиданий) и реальности. Считается (И.Джанис), что существует связь между выраженностью тревоги в предоперационном и постоперационном периодах (таблица 16).

Таблица 16,

Связь между выраженностью тревога в предоперационном и постоперационном периодах

Предоперационное психическое состояние	Характеристика предоперационного типа отношения	Постоперационное психическое состояние	Психический преморбад
Низкая тревога	Оптимистическое отрицание послеопрацион-ного дискомфорта и осложнений	Агрессивность, болезненное раздражение по отношению к страданию вместо его восприятия как естественного следствия операции	Личностная предрасположенность: 1) невротики со сверхконтролем, 2) психически здоровые чувствительные к внешней стимуляции

Умеренно выраженная тревога	Учет объективных характеристик опасности	Малая вероятность психических расстройств	Психически здоровые со зрелой личностью, характерна высокая ответственность за внешнюю ситуацию
Высокая тревога	Постоянное эмоциональное напряжение	Отсутствие уверенности в благополучном исходе операции, боязнь процедур, воспоминания о неприятных событиях, ипохондричность, пунктуальность, выполнение назначений.	I) хронические невротики, 2) психически здоровые с тревожностью как чертой личности

Можно утверждать, что постоперационное состояние (как психическое, так и общее) во многом зависит от психологического радикала в предоперационном периоде. Лица с умеренно выраженной тревогой, которые трезво оценивают цель оперативного вмешательства, вероятность достижения успеха и избавления от тех или иных симптомов болезни, возможность появления постоперационных осложнений психологически более адекватно реагируют на собственное состояние. Высокий или низкий уровень тревожности, основанный либо на завышенных либо на заниженных экспектациях, способствует формированию дезадаптационных психических состояний.

Психофизиологическая и психологическая адаптация человека после пересадки органов и тканей (в частности, пересадки сердца) является одной из наиболее сложных для пациента. «Я демон Франкенштейна, живу с сердцем, которое мне не принадлежит», — были одни из первых слов, произнесенных первым пациентом с пересаженным донорским сердцем. Как показали исследования психологов, после подобных операций нередко отмечаются серьезные психологические изменения вплоть до «изменения нравственных и моральных установок» (M.Buxton). Это связано с тем, что пересадка донорского сердца осознанно или бессознательно расценивается пациентом как вторжение не только в сому, но в душу человека. Больной становится склонным анализировать связь сердца с душевной жизнью человека-донора, оценкой возможности жизни после смерти и других философских вопросов. Под нашим наблюдением (В.Д.Менделевич, ДААвдеев) находился пациент Б., 48 лет с диагнозом: Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, прогрессирующая с частыми приступами острой коронарной недостаточности, постинфарктным кардиосклерозом, которому была произведена аллотрансплантация сердца.

Из психологического анамнеза: до операции характеризовался спокойным, уравновешенным человеком, ответственным исполнительным работником (служащий одного из промышленных предприятий), не отличавшимся религиозностью. Динамика психического состояния до и после пересадки сердца выглядела так. В течение 5 месяцев от момента согласия на операцию был адекватен. В психическом статусе отмечалась астеническая симптоматика. Пациент в силу особенностей своего характера (настойчивость, ответственность и др.) активно добивался направления на операцию по трансплантологии в лучшую клинку страны к известному хирургу. По его словам, «ни минуты не колебался, что это единственно правильное

решение для сохранения жизни в условиях болезни сердца». После того, как консультантами-хирургами было дано согласие на оперативное вмешательство и предполагалось лишь ожидание подходящего донорского сердца, психологическое состояние больного несколько изменилось. У

него появились опасения возможных послеоперационных осложнений, результативности операции, которые однако не носили стойкого характера и рационализировались пациентом без использования транквилизирующих средств. В постоперационном периоде соматическое состояние больного соответствовало тяжести проведенной операции. Через несколько часов после выхода из наркоза в сознании больного возникла мысль: «Я наверное изменился, я стал другим». Появление таких «назойливых» мыслей было для самого больного неожиданным и неприятным. Первое время он не мог точно сформулировать свои негативные представления о появившихся изменениях: «Думалось, что по-другому стал чувствовать, прислушивался к работе нового сердца. Ожидал, что вдруг оно остановится, и все усилия пойдут насмарку, зряшными станут попытки возродить себя». Периодически в момент ухудшения соматического состояния появлялись мысли о том, что напрасно он добивался операции, прикладывал к тому столько усилий. В те моменты был печален, настроение ухудшалось до степени депрессии. Не интересовался практически ничем, кроме собственного самочувствия, не проявлял радости при встрече с родственниками. Через два месяца после выписки из стационара, пристально следя за изменениями сердечного ритма, стал высказывать следующие предположения: «Наверное, мне пересадили какое-то ненормальное сердце или, может быть, в этом сердце клубок неразрешенных проблем?.. скорее всего там неразделенная любовь» (больной располагал сведениями о том, что донорское сердце принадлежало 21-летнему суициденту). Он характеризовал переживаемые ощущения как «состояния психологического дискомфорта» и далее пояснял схематично: «сердце — это основной орган человека, в моей груди сердце молодого парня — кто же я такой?» В определенной степени больного стало смущать, что донор был человеком другой национальности. «Теперь я — гибрид», — с грустью заявлял он. Через пять месяцев после операции пациент продолжал беспокоиться по поводу пересаженного чужого сердца. У него отмечались эпизоды депрессивно-деперсонализационного синдрома в рамках невротических расстройств, который был назван *«синдромом чужого сердца».*

Х.Дейч выдвинул три постулата, описывающих эффективную адаптацию к хирургическому стрессу:

-275-

- эффективная адаптация предполагает восприятие сигналов тревоги, определенную степень ее ассимиляции, что дает, в конечном счете, возможность облегчения душевного состояния больного.

- для того, чтобы адаптация была эффективной, ее механизмы должны быть достаточно гибкими, что позволяло бы вносить необходимые изменения в процесс интеграции тревоги во время антиципации хирургического стресса, а также в адаптацию к психологическим и физиологическим последствиям операции.

- для поддержания душевного равновесия в хирургической ситуации необходимой является не стабильность, а реактив-ность.

Известным психопатологическим синдромом в хирургической практике является *синдром Мюнхаузена.* Он проявляется постоянным и непреодолимымжеланием человека подвергаться хирургическим операциям по поводу мнимых проявлений болезни. Такие пациенты стремятся прибегать к помощи хирургов вследствие болезненных и разнообразных неприятных ощущений, которые они чаще всего локализуют в брюшной области. Кроме того, с целью быть прооперированными пациенты склонны к проглатыванию мелких предметов (пуговиц, монет, булавок). Ашер описал три варианта синдрома Мюнхаузена: 1) острый абдоминальный, приводящий к ****томии, 2) геморрагический, связанный с демонстрацией кровотечений и 3) неврологический, включающий демонстрацию обмороков и припадков. Мотивами подобного поведения, которое не является в чистом виде симуляцией, считаются привлечение таким способом внимания к собственной персоне или избегание какой-либо ответственности. В структуре их характера отмечаются черты инфантилизмаи изменения иерархии ценностей. Чаще всего синдром Мюнхаузена встречается у людей с истерическими чертами характера или т.н. истерическими личностными расстройствами.

Дефекты тела и органов чувств

В силу особой значимости для любого человека существенных и заметных изменений внешности человека можно говорить о типичности и специфичности психологических девиаций при косметических дефектах, дефектах зрения, слуха и речи. Психологические

-276-

особенности лиц с разнообразными дефектами схожи между собой и отличны от реакций на иные заболевания. Это обусловлено несколькими причинами, среди которых выделяется значимость социального статуса человека с каким-либо дефектом и отношением к нему в обществе, а также изменения личности в связи с нарушением познавательных процессов при дефектах органов чувств.

Среди косметических дефектов наиболее значимыми являются патологические изменения и деформации лица или отдельных его составляющих. По мнению Н.ДЛакосиной и Г.К.Ушакова, человек, потерявший руку или ногу, страдает от того, что на его дефект обращают внимание окружающие. У него реже, чем при другой патологии возникает чувство отвращения к себе. По сравнению с ними люди с обезображивающими изменениями лица реагируют в большей степени самоуничижительно. Они становятся обидчивыми, раздражительными, чувствительными, страшатся появляться на людях, резко ограничивают контакты с окружающими, нередко размышляют о самоубийстве. В случаях кожных изменений и деформаций лица у пациентов к перечисленным психологическим проявлениям присоединяется чувство стыда, брезгливости и опасения, что окружающими станут избегать их в силу страха заразиться.

Заикание является своеобразным видом дефекта, который может приводить к значительным психологическим последствиям, способным изменить характер и направленность формирования личности. При появлении заикания начинает нарушаться вся система личностных отношений (В.М.Шкловский). Наиболее частым клиническим признаком становится *страх речи (логофобия).* Он нарушает коммуникативную сторону жизни человека, приводит к патологической замкнутости, нежеланию общаться с окружающими. Человек старается переключить свои интересы на деятельность, исключающую частое и длительное общение.

Психологические особенности слепых я глухих людей обусловливаются нарушением одной из сфер познавательной деятельности. Пациенты с подобными дефектами органов чувств становятся нерешительными, робкими, зависимыми от близких. У них нередко формируются сверхценные идеи ущербности, сочетающиеся с такими качествами личности как принципиальность, справедливость, законопослушавие, высокий уровень нравственных требований по отношению к себе и окружающим. В.Ф.Матвеев и Д.Ч.Темоев описали различные варианты изменений личности в связи со слепотой: астенический, ипохондрическия, ананкастный, У пациентов с тугоухостью чаще встречаются идеи отношения, обидчивость, повы-

-277-

шенная тревожность. Они становятся подозрительными, стеснительными, стараются скрыть свой дефект.

Особую группу составляют лица, перенесшие радикальные хирургические операции, относящиеся к т.н. «калечащим операциям». К ним относят мастэктомию, гистерэктомию, овариэктомию, цистэктомию и некоторые другие. Психологические реакции на подобные операции обусловлены функциональной и нередко символической значимостью удаленных органов. Радикальные гинекологические операции существенно влияют на самооценку женщин. При мастэктомии у больной могут возникать тревожные опасения по поводу изменения отношения со стороны мужа или близких в силу *эстетического дефекта,* при гистерэктомии и овариэктомии из-за *сексуального дефекта.* Многие женщины, перенесшие овари- и гистерэктомию стараются скрывать от близких истинный смысл операции, упреждая негативную реакцию со стороны мужа и его возможный уход из семьи.

Многие пациенты сексологического профиля, говоря о проявлениях собственной патологии, часто употребляют термин «дефект». Суть «сексуального дефекта» заключается в резком снижении самооценки человеком, у которого появились симптомы сексологических расстройств (аноргазмии, фригидности, импотенции). Как правило, у таких пациентов появляется два вида реакций. У одних снижается настроение, появляются идеи никчемности, ущербности, самообвинения и доминирует интрапунитивный тип реакций. Другие становятся

раздражительными, вспыльчивыми, ворчливыми, предъявляют претензии к сексуальному партнеру — экстрапу-нитивный тип реагирования. Типичным является попытка скрывать наличие сексуальных симптомов и проблем в силу их не престижности и стыда.

Близким по проявлениям к вышеописанному считается **«психический дефект»** (в том числе, интеллектуальный). Возникновение «комплекса неполноценности» в связи с психологическими проблемами и психопатологическими симптомами, как правило, возможно лишь при непсихотическом уровне психических расстройств. Такой «дефект» появляется у больных с невротическими и личностными расстройствами. В силу необходимости лечения у психиатров они становятся замкнутыми, сужают контакты, испытывают стеснительность и робость в общении, стараются скрывать имеющиеся проблемы и факты посещения специалистов. При интеллектуальном дефекте реакции пациентов отмечаются гораздо реже по сравнению с реакциями близких родственников, которые считают, что дефект одного из членов семьи становится дефектом семьи. Вследствие этого родственники пытаются ограничить круг общения, живут в добровольной изоляции.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

Вопрос 1. Понятие «объективная тяжесть болезни», в первую очередь, включает критерий:

а) летальности

б) психологической значимости

в) болевой характеристики болезни

г) внутренней картины болезни

д) нозологии

Вопрос 2. Субъективное отношение к заболеванию называется:

а) анозогнозией

б) внутренней картиной болезни

в) ипохондрией

г) рефлексией

д) эгоцентризмом

Вопрос 3. У мужчин наиболее «ценными органами» в психологическом смысле являются: а) голова

б) конечности (особенно верхние)

в) глаза и уши

г) половой член

д) половой член, яички и язык

Вопрос 4. Порог болевой чувствительности ниже:

а) у женщин

б) у мужчин

в) различий не обнаруживается

г) у женщин с преобладанием феминин ных свойств

д) у женщин с повышенной маскулинизацией

Вопрос 5. Для детей, подростков и молодежи наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются:

а) сексуальные расстройства

б) заболевания, изменяющие внешность

в) рак

г) инфаркт

д) инсульт

Вопрос 6. Сексуальные расстройства являются наиболее тяжелыми в психологическом отношении для:

а) детей и подростков

б) лиц зрелого возраста

в) пожилых

г) престарелых

д) для всех возрастных групп

Вопрос 7, Более тяжелые дисгармоничные психические реакции на заболевания встречаются у:

а) атеистов

б) православных

в) католиков

г) протестантов

д) представителей любого вероисповедания

Вопрос 8. Способность построения программы собственных действий на случай появления тяжелой болезни, которая может изменить обычный жизненный стереотип, привести с инвалидности или смерти называется:

а) гармоничностью

б) ипохондричностью

в) ригидностью

г) пессимизмом

д) антиципационной состоятельностью

Вопрос 9. Соматонозогнозия — это:

а) невротическая реакция на болезнь

б) невроз у соматически больного

в) осознание собственной болезни

г) неосознание наличия болезни

д) ничего из перечисленного

Вопрос 10. Тип психического реагирования на болезнь, при котором происходит «бегство в болезнь» относится к:

а) ипохондрическому типу

б) эгоцентрическому типу

в) эргопатическому типу

г) истерическому типу

д) истероидному типу

Воврос 11. При каком типе психического реагирования на заболевание особое значение придается реакции на социальную значимость диагноза:

а) обсессивно-фобическом

б) тревожном

в) апатическом

г) сенситивном

д) эгоцентрическом

Вопрос 12. Апатический тип психического реагирования на заболевание относится к группе с:

а) интерпсихической направленностью психической дезадаптации

б) интрапсихической направленностью психической дезадаптации

в) психической адаптацией

г) межличностной направленностью психической дезадаптации

д) межгрупповой направленностью психической дезадаптации

Вопрос 13. Какой тип психического реагирования, как правило, возникает у пациента в ответ на диагностику злокачественного новообразования:

а) неврастенический

б) ипохондрический

в) апатический

г) анозогноэический

д) обсессивно-фобический

Вопрос 14. Тип психического реагирования на болезнь, при котором происходит т.н. «бегство в работу» относится к: -

а) ипохондрическому типу

б) эгоцентрическому типу

в) эргопатическому типу

г) истерическому типу

д) истероидному типу

Вопрос 15. Дисморфомания относится к психическим переживаниям, специфичным для лиц:

а) зрелого возраста

б) пожилых

в) детей

г) подростков

д) все ответы верны

Вопрос 16. Тревога и нейротизм защищают от рака, а острый стресс способствует возникновения рака, по мнению:

а) Фрейда

б) Фромма

в) Мясищева

г) Редиви

д) Айзенка

Вопрос 17. Канцерофобия у онкологически больных:

а) возникать не может

б) может возникать в случае не информирования пациента о диагнозе

в) может возникать только при злокачественных новообразованиях

г) может возникать только при доброкачественных новообразованиях

д) все ответы верны

Вопрос 18. Феномен «погружение в ребенка» встречается у:

а) у женщин в первом триместре беременности

б) у женщин во втором триместре беременности

в) у женщин в третьем триместре беременности -

г) у недавно родивших женщин

д) у пожилых женщин, имеющих внуков

Вопрос 19, Синдром «грубого обращения с плодом» чаще встречается у женщин с:

а) гармоничными чертами характера

б) истерическими чертами характера

в) ипохондрическими чертами характера

г) возбудимыми чертами характера

д) склонностью к делинквентности

Вопрос 20. Синдром «ожидания беременности» является типичным для больных с:

а) предменструальным симптомокомплексом

б) невротическими расстройствами

в) шизофренией

г) личностными аномалиями,

д) бесплодием

Вопрос 21. Психологически немотивированная злоба, раздражительность, гневливость входят в структуру:

а) предменструальной психопатии

б) предменструального психоза

в) предменструальной дисфории

г) предменструальной астении

д) предменструальной депресии

Вопрос 22. Климактерический синдром относится к проявлениям:

а) физиологического течения климактерия

б) патологического течения климактерия

в) инверсивного течения климактерия

г) проявлениям раннего климактерия

д) проявлениям позднего климактерия

Вопрос 23. Климактерический синдром проявляется всеми нижеперечисленными клиническими вариантами за исключением:

а) астеническим

б) сенесто-ипохондрическим

в) тревожно-депрессивным

г) эксплозивным

д) истерическим

Вопрос 24. При поясничном остеохондрозе преобладающими следующие типы психического реагирования является:

а) тревожно-неврастенический и эргопатический

б) тревожно-неврастенический и эгоцентрический

в) эргопатический и эгоцентрический

г) фобический и меланхолический

д) анозогнозический

Вопрос 25. Типичной психологической реакцией на сообщение о необходимости проведения хирургической операции является:

а) предоперационная депрессия

б) предоперационный стресс

в) предоперационная фрустрация

г) предоперационная тревога .

д) предоперационная истерия

Вопрос 26. Более адекватно реагируют на собственное постоперационное состояние лица с:

а) высоким уровнем предоперационной тревоги

б) умеренно выраженным уровнем предоперационной тревоги

в) низким уровнем предоперационной тревоги

г) тоскливым радикалом

д) предоперационное состояние не оказывает существенного влияния

Вопрос 27. Постоянное и непреодолимое желание человека подвергаться хирургическим операциям йо поводу мнимых проявлений болезни называется:

а) симуляцией

б) аггравационным синдромом

в) ипохондрическим синдромом

г) синдромом Ашафенбурга

д) синдромом Мюнхаузена

Вопрос 28. Логофобия встречается при:

а) шизофрении

б) сахарном диабете

в) заикании

г) гиперкинетическом синдроме

д) аутизме

Вопрос 29. Идеи отношения и обидчивость чаще встречаются при:

а) дефекте органов зрения

б) дефекте органов слуха

в) сексуальных расстройствах

г) заикании

д) все ответы верны

Вопрос 30. «Синдром чужого сердца» встречается при:

а) после перенесенного инфаркта миокарда

б) после трансплантации донорского сердца

в) после трансплантации искусственного сердца

г) шизофрении

д) психопатии

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Л.Ф.Бурлачук, Е.Ю.Коржова. Психология жизненных ситуаций. М., 1998, 263 с.

В.Т.Волков, А.К.Стрелис, Е.В.Караваева, Ф.Ф.Тетенев. Личность пациента и болезнь. Томск, 1995, 328 с.

В.Н.Герасименко, А.М. Тхостов. //Реабилитация онкологических больных. М., 1988, с. 33-46.

М.М.Кабанов, А.Я.Мичко, В.Ж.Смирнов. Психологическая диагностика и коррекция в клинике. Л., 1983.

Н.Д.Лакосина, Г.К.Ушаков. Медицинская психология. М, 1984, 272 с.

В.Д.Менделевич. Гинекологическая психиатрия. Казань, 1996, 337 с.

В.В. Николаева. Влияние хронической болезни на психику. М, 1987, 168 с.

Ю.М.Орлов. Восхождение к индивидуальности. М., 1991, 287 с.

Психогенные реакции у онкологических больных. Л., 1983, 33 с.

А.Ш. Тхостов, Г.А.Арина. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. //Психологическая диагностика отношения к болезни..., Л., 1990, с.32-38.

Глава 6
ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Психологические особенности пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействия приходят в соприкосновение с психологическими особенностями медицинского работника (врача, психолога, медицинской сестры, социального работника). Целью контактов между этими двумя людьми является помощь, оказываемая одним из участников общения по отношению к другому. Исходя из основной цели лечебного взаимодействия, можно было бы предположить о неоднозначности ценностей контактов в системе медицинский работник-пациент. Однако, не следует думать о заинтересованности в таком взаимодействии лишь со стороны пациента. Медицинский работник в не меньшей степени заинтересован в оказании помощи больному, ведь эта деятельность является его профессией, а значит у него есть собственные мотивы и интересы взаимодействовать с пациентом, позволившие выбрать данную профессию.

Для того, чтобы процесс взаимоотношений пациента и медицинского работника был эффективным, необходимо познать психологические основы подобного взаимодействия. Мотивы и ценности врача, его представление об идеальном пациенте, а также ожидания самого пациента от процесса диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, поведения врача или медицинской сестры.

Вследствие вышеперечисленных проблем, можно говорить о значимости для эффективного и бесконфликтного взаимодействия пациента с медицинскими работниками такого психологического параметра как коммуникативная компетентность. Под этим термином

понимается способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми, что подразумевает достижение взаимопонимания между партнерами по общению, лучшее понимание ситуации и предмета общения. Коммуникативная компетентность рассматривается также как система внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективной коммуникации в определенном круге ситуаций межличностного взаимодействия.

В первую очередь, коммуникативная компетентность является профессионально значимой характеристикой врача, медицинской сестры, психолога или социального работника. Однако, несмотря на то, что в условиях клиники пациент вынужден обращаться за помощью к врачу, коммуникативная компетентность важна для обеих сторон. Это связано с тем, что некомпетентность в общении хотя бы с одной стороны способна нарушить диагностический и лечебный процесс и не привести к желаемым результатам. Неумение пациента наладить контакт с врачом столь же опасно, сколь нежелание врача установить эффективный контакт с любым пациентом.

Выделяют следующие виды общения (С.И.Самыгин, Л.Д.Столяренко):

1. «Контакт масок» — формальное общение, когда отсутствует стремление понять и учитывать особенности личности собеседника, используются привычные маски (вежливости, учтивости, скромности, участливости и др.) — набор выражений лица, жестов, стандартных фраз, позволяющих скрыть истинные эмоции, отношение к собеседнику. В рамках диагностического и лечебного взаимодействия он проявляется в случаях малой заинтересованности врача или пациента в результатах взаимодействия. Это может происходить, к примеру, при проведении обязательного профилактического осмотра, в котором пациент чувствует себя несамостоятельным, а врач — не имеющим необходимых данных для проведения объективного и всестороннего обследования и вынесения обоснованного заключения.

2. Примитивное общение, когда оценивают другого человека, как нужный или мешающий объект, если нужен — то активно вступают в контакт, если мешает — отталкивают. Подобный вид общения может встречаться в рамках манипулятивного общения врача и пациента в случаях, когда целью обращения к врачу становится получение каких-либо дивидендов (больничного листа, справки, формального экспертного заключения и пр.). С другой стороны, формирование примитивного вида общения может происходить по желанию врача — в случаях, когда пациент оказывается человеком, от которого может зависеть благополучие врача (к примеру, руководитель). Интерес с участнику контакта в подобных случаях пропадает сразу вслед за получением желаемого результата.

3. Формально-ролевое общение, когда регламентированными оказываются и содержание, и средства общения, и вместо знания личности собеседника обходятся знанием его социальной роли. Подобный выбор вида общения со стороны врача может быть обусловлен профессиональной перегрузкой (к примеру, у участкового врача на приеме).

4. Деловое общение — это общение, учитывающее особенности личности, характера, возраста, настроения собеседника при нацеленности на интересы дела, а не на возможные личностные расхождения. При общении врача с пациентом такой вид взаимодействия становится неравным. Врач рассматривает проблемы больного с позиции собственных знаний и склонен директивно принимать решения без согласования с другим участником общения и заинтересованным лицом.

5. Духовное межличностное общение редко встречается в систе-ме врач-больной. Оно подразумевает возможность затронуть в беседе любую тему, поделиться любой интимной проблемой каждому из участников общения. Диагностическое и лечебное взаимодействие не подразумевает столь интимного контакта, по крайней мере, не предусматривает в силу профессиональной направленности исповедание медицинского работника.

6. Манипулятивное общение также как и примитивное направлено на извлечение выгоды от собеседника с использованием специальных приемов. В медицине известен способ, названный «ипохондризацией пациента». Суть его заключается в преподнесении заключения врача 6 состоянии здоровья пациента в русле явного преувеличения тяжести обнаруженных расстройств. Целью такой манипуляции может быть: а) снижение ожиданий больного успеха лечения в связи с избеганием медицинским работником ответственности в случае неожиданного ухудшения

здоровья пациента, б) демонстрация необходимости дополнительным квалифицированных воздействий со стороны медицинского работника с целью получения вознаграждения.

Общение врача и пациента можно назвать *вынужденным общением,* т.к. основным мотивом встречи и беседы становится появлением у одного из участников взаимодействия проблем со стороны здоровья — болезненных симптомов. Со стороны врача вынужденность выбора субъекта общения обусловлена его профессией. Если обращение пациента к врачу диктуется поиском помощи, то заинтересованность врача в пациенте объясняется соображениями профес-

сионального роста и материального подкрепления. Любой медицинский работник мотивирован на встречу с потенциальным пациентом, поскольку от этого зависит его профессиональная карьера и положение в обществе.

Интерес участников диагностического и лечебного общения формируется, как правило, на негативном эмоциональном фоне, обусловленном тем, что поводом для встречи врача и пациента становится проблема или симптом. Негативные эмоциональные переживания облигатно входят в структуру любой проблемы или симптома, поскольку они сигнализируют о каких-то отклонениях или нарушениях в деятельности личности или организма (рисунок 13).

Взаимодействие врач-пациент

Рисунок 13

ВРАЧ => симптом, проблема <= ПАЦИЕНТ

Мотивы обращения к врачу могут быть разнообразными. Во-первых, человек может быть нацелен на обследование у врача с целью *«исключить наличие расстройств и заболевания».* Он рассчитывает подтвердить собственную версию о том, что испытываемый им дискомфорт обусловлен какими-либо внешними неболезненными причинами и не требует медицинского вмешательства. Во-вторых, мотивация может носить противоположный характер — *«обнаружение симптомов и подтверждение предполагаемого диагноза заболевания».*

Цель обследовани и ожидания от его результатов оказываются иными. В первом случае несовпадение реальности и экспектаций (т.е. обнаружение заболевания при готовности полунить подтверждение здоровья) способно вызвать более негативную аффективную реакцию со стороны пациента, чем по втором, когда расхождение прогноза и реальности будет не столь существенным. Обнаружение симптомов болезни пациент не воспримет как неожиданность, и вследствие этого его эмоциональные реакции не будут носить запредельного характера.

Важную роль в процессе взаимодействия медицинского работника и пациента играет восприятие и понимание участников коммуникации друг друга. На эти процессы, в первую очередь, влияет психологическая установка. Различают три типа установки на восприятие человека человеком: *позитивная, негативная и адекватная.* При позитивной установке происходит переоценка положительных качеств и способностей человека, что проявляется в повышенной

степени доверия данному лицу, готовность принять на веру все его советы и разделить взгляды на происходящее. Часто позитивная установка на того или иного врача связана с мнением окружающих, паблисити, его профессиональным статусом (профессор, врач высшей категории, народный целитель и т.д.). Негативная установка приводит к тому, что воспринимаются в основном негативные качества другого человека, что выражается в Недоверчивости, подозрительности. Адекватная установка принимает во внимание возможность сочетания в одном и том же человеке положительных и отрицательных качеств и свойств («Хирург — грубиян, но руки — золотые»).

Известны типичные искажения (эффекты) представления о другом человеке, формирующиеся под влиянием различных факторов. К ним относится *эффект «ореола», эффект «последовательности», эффект «авансирования», эффект «проецирования на других людей собственных свойств».* Эффект «ореола» характеризуется формированием мнения о частных свойствах и качествах человека на основании общих впечатлений о нем. Так,

квалифицированность врача может восприниматься пациентом в зависимости от его «солидных манер», использования в речи научных терминов, которые фактически не могут являться признаками оценки его профессиональных знаний и умений. Эффект «последовательности» выводит зависимость суждений о человеке от сведений, предъявленных о нем в первую очередь. В рамках клинической психологии восприятие врача нередко строится на основании тех сведений, которые были получены пациентом, к примеру, от соседей по палате. Сквозь призму этих сведений будет восприниматься недавно поступившим пациентом любое действие или высказывание врача.

Известно, что позитивная установка может опосредоваться некоторыми внешними факторами. Так, к примеру, она может быть обусловлена размеренной манерой врача говорить, неторопливо производить осмотр или манипуляции. При оценке эффективности действия тех или иных лекарств положительная установка основывается нередко на стоимости препарата («дорогой — значит эффективный»), оформлении его упаковки, цвете и консистенции таблеток и т.д. На таком психологическом механизме построен т.д. *«плацебо-эффект».* Плацебо — это лекарство-пустышка, не содержащее вещества. Способного оказать терапевтический эффект. При назначении его и сопровождении соответствующими инструкциями для формирования позитивной психологической установки результаты терапии оказываются существенными даже по сравнению со сходным по форме, виду и консистенции лекарственным препаратом.

Существенными являются экспектации (ожидания) участников диагностического и лечебного взаимодействия проявления каких-либо качеств и поведения друг друга. В связи с этим выделяют понятия «идеального» и «реального» врача и пациента. К качествам и свойствам, характеризуемым **«идеального врача»** относят его половозрастные, характерологические и личностные особенности, стиль межличностного взаимодействия, квалифицированность. Схема Ж.Лакана предполагает существование пяти факторов, влияющих на процесс взаимодействия врача и пациента — *1) пола, 2) возраста, 3) национальности (расы), 4) вероисповедания и 5) сексуальной ориентации.*

Исследования соматически больных показало, что все перечисленные факторы оказываются значимыми, однако более существенными являются личностные и характерологические свойства. Пациент расценивает «идеального врача» как лица *одного с ним пола, сексуальной ориентации и более старшего по возрасту.*

Учет фактор пола особенно ярко представлен в сексологической, урологической, кожно-венерологической, проктологической и некоторых иных медицинских областях, что связано с более глубоким уровнем интимности взаимодействия. Отмечается тенденция приписывания качеств «идеального врача» мужчинам в хирургии и женщинам в терапии, что следует трактовать как экстраполяцию на профессию хирурга черт маскулинности (решительности, активности, отсутствие сентиментальности и др.), а на профессию терапевта черт женственности (эмпатичности, нежности, бережности). В аку-шерско-гинекологической области нередко пациентки склонны выбирать и считать «идеальными» врачей противоположного пола.

Существенное значение фактор возраста играет в медицинских дисциплинах, в которых от врача требуются такие качества как способность к обстоятельному и неторопливому анализу состояния пациента, опытность, большой запас знаний и практических навыков. К таким медицинским областям относят психиатрию, неврологию, хирургию и многие другие. Во многом ориентация на возраст обусловлена возрастом пациента. В случаях, когда заболевшим является молодой человек, он не склонен придавать существенного значения возрасту врача. Когда же пациентом становится пожилой человек, он ориентируется в оценке «идеального врача» на параметр возраста, также как и на иные параметры.

В последние годы в связи с обострением межнациональных отношений в мире важным во взаимодействии врача и пациента становится их национальная принадлежность. Значимым становится такое качество как национальная терпимость, отсутствие национальный предубеждений. Оценка национальной принадлежности врача базируется на способности пациента различать физиогномические признаки национальности. Как правило, отмечается тенденция к выбору врача собственной или родственной (к примеру, по параметру этнической

группы) национальности особенно в тех областях медицины, где требуется большая глубина межличностного контакта.

Фактор вероисповедания становится все более значимым как в связи с ростом числа верующих, так и в связи с определенными требованиями личной гигиены и поведения в случае болезни, существующими в различных конфессиях. Имеется точка зрения о том, что нарушением с позиции веры может считаться обращение за медицинской помощью к врачу иного вероисповедания. Это особенно отчетливо проявляется в отношении женщин-мусульманок.

Сексуальная ориентация человека (гетеросексуальность или гомосексуальность) оказались существенными для налаживания психологического контакта между врачом и пациентом не так давно. К свойствам «идеального врача» подавляющим большинством гетеро-сексуалов безоговорочно относится и параметр сексуальной ориентации. Предубеждения в данной сфере также сильны, как и в области межнациональных отношений. Гомосексуалисты практически не склонны ориентироваться в процессе лечения на фактор сексуальной ориентации.

Из личностных и характерологических особенностей пациенты отдают предпочтения следующим: уважительность, внимательность по отношению к пациентам, любовь к профессии, доброта вежливость, душевность. В.А. Ташлыков отметил, что пациенты с невротическими расстройствами в образ «идеального врача» включают качества в следующей последовательности по значимости: ум (78%), увлеченность работой (57%), внимательность (56%) и далее — чувство долга, терпеливость, чуткость, интуиция, серьезность, доброта, чувство юмора.

Наиболее существенными в образе «идеального врача» с точки зрения пациента являются **способности к эмпатии и стиль общения**. Описано четыре психологических типа врача, составляющих альтернативные пары: *«сопереживающий» или «эмоционально-нейтральный», «директивный» или «недирективный»* (В.А.Ташлыков). В понятие «сопереживающего» типа врача включают такие качества как способность глубоко понять и вчувствоваться в проблемы пациента, эмпатировать, сопереживать совместно с больным колебания его состояния, разделять его психологические проблемы, нередко

принимать концепцию болезни, выдвинутую пациентом. Тип врача, называемый «эмоционально-нейтральным», подразумевает сочетание таких качеств как эмоциональная дистанцированность врача от глубинных проблем пациента, ориентация на симптомы, нежелание поддерживать пациента в его «субъективных» эмоциональных кризисах с ориентацией на технократический подход к лечению. Под «директивным» психологическим типом врача понимается врач, выступающий в роли учителя, указующего как следует поступать и что делать в ситуации болезни. «Директивный» врач не склонен дискутировать с пациентом на профессиональные темы. Он выстраивает неравноправные взаимоотношения, определяя себе более значимую роль. В своей деятельности он руководствуется паттерналистской моделью медицины, которая рассматривает взаимоотношения врача и пациента как отношения учителя и ученика, родителя и ребенка. «Директивный врач» исключает возможности сомнений пациента в его возможностях, негативно относится к перепроверке диагнозов у иных врачей, склонен обижаться и давать негативные эмоциональные реакции на пациента в случаях критики его действий. «Недирективный» психологический тип врача противоположен «директивному». Он включает ориентацию на партнерство в отличие от ориентации на руководство, склонен принимать к рассмотрению точку зрения больного как при диагностике, так и при выборе методов и способов терапии.

Представленные пары качеств врача могут составлять четыре типа: *сопереживающий недирективный, сопереживающий директивный, эмоционально-нейтральный недирективный и эмоционально-нейтральный директивный.* Ориентация пациента на тот или иной эталон типа врача связана с личным опытом взаимодействия с рядом авторитетных лиц в различные периоды жизни. У пациента при поиске идеала происходит сличение образа врача с образами любимых родителей, уважаемого учителя и других значимым людей.

Таким образом, экспектации одной из сторон диагностического и лечебного взаимодействия — пациента — опосредуются личностными особенностями, опытом общения и пристрастиями больного. Он имеет право выбора врача в соответствии с собственными мотивами и ценностями.

Другой же участник взаимодействия — врач — поставлен в иные условия. Он ограничен в своем выборе пациента и должен быть подготовлен к общению с любым человеком. Однако, врач также выстаивает образ предпочитаемого собеседника и участника взаимодействия.

-292-

В понятие **«идеального пациента»** врач, как правило, включает следующие характеристики: малая осведомленность в медицинских вопросах, вера и отсутствие сомнений в силах и умениях лечащего врача, готовность беспрекословно выполнять назначения, умение кратко и четко излагать проблему и жалобы, отсутствие ипохондрии. Как видно из приведенного списка характеристик, врач нацелен на директивный стиль взаимодействия с больным, не оговаривая особенности эмоционального подкрепления этого процесса. Он готов быть сопереживающим, но не всегда готов к истинному партнерству. Данный факт связан с защитой от психологической установки общества на медицинскую сферу как на сферу обслуживания. При директивном поведении врача и следовательно зависимом поведении пациента медик склонен брать всю ответственность за исход терапии на себя, поскольку убежден, что отрицательный исход лечения будет рассматриваться как его ошибка или проявлении некомпетентности. «Ответственность пациента за негативный исход его болезни не сравнима с ответственностью врача», — такова мотивировка выбора врачом директивного способа взаимодействия.

При сравнении экспектации врача и пациента, отражающихся в образе «идеального врача» и «идеального пациента», демонстрируют достаточно большое количество сфер возможных межличностных конфликтов. Суть **конфликтов в системе врач (медицинский работник) — больной** заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия.

Л.Коузер разделяет конфликты *на реалистические (предметные) и нереалистические (беспредметные).* Реалистические конфликты вызваны неудовлетворением требований и ожиданий участников, а также несправедливым, по их мнению, распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлены на достижение конкретных результатов. Нереалистические конфликты имеют своей целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обид враждебности, когда острое конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью. Первый тип конфликта часто связан с несовпадением ожиданий пациента с реальностью. Поводом может служить несоответствующее представлением о должном поведение медицинского персонала (грубость, неучтивость), проведении процедур (нерегулярность, непунктуальность, халатность), санитарно-гигиенических условия нахождения в стационаре (грязь, шум, запах), неправильная диагностика или неверное назначение терапии. Второй конфликт нередко обусловлен предвзятым отношением пациента к медицинской службе, в целом или к отдельному врачу, в частности.

-293-

Важной стороной взаимодействия медицинского работника и пациента является этика и деонтология — учения о нравственных основах поведения человека, в том числе в условиях диагностического и лечебного взаимодействия. В 1 главе были приведены этические требования при проведении психологического интервью в клинической психологии. Помимо них наиболее важными проблемами считаются проблемы: *врачебной тайны, эвтаназии, сообщения пациенту истинного диагноза его заболевания, паттернализма, реконструкции личности при психотерапии* и другие. Некоторые из перечисленных проблем можно отнести к сфере правового регулирования диагностического и лечебного процесса. Однако, традиции, существующие в обществе нередко приводят к их столкновению. К примеру, необходимость информировать онкологически больного об истинном диагнозе его заболевания, обусловленная правовым принципом, часто приходит в противоречие с точкой зрения врача или сообщества врачей о негуманности данного действа, о необходимости использования для поддержания психологически комфортного состояния пациента принципа «святой лжи».

Квалификация врача включает в себя как минимум два качества. Во-первых, это уровень знаний и навыков, которыми обладает он; во-вторых, использование им в профессиональной деятельности нравственных принципов. Ни в какой иной специальности нет такой взаимообусловленности этических и профессиональных качеств человека. Именно вследствие

этого обстоятельства врач принимает клятву, облекая себя обязанностью следовать определенным моральным канонам.

Согласно определению, **медицинская этика и деонтология** — это совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении им своих профессиональных обязанностей. Этика определяет законы морали и нравственности, нарушение которых зачастую не ведет к уголовной или административной ответственности, но приводит к нравственному суду, «суду чести». Этические нормы поведения достаточно динамичны. В первую очередь, они подвержены влиянию общественных факторов и норм общественной морали.

Систему этических воззрений или суждений по степени их обобщенности представляют (В.А.Тихоненко, Т.А.Покуленко) в виде четырех уровней:

- этические теории
- этические принципы

- 294 -

- этические нормы
- этические стандарты поведения

В теоретическом плане задачами медицинской этики становится выявление этической оправданности и обоснованности моральных норм. В области медицинской этики доминируют две теории морали: *деонтологическая и утилитарная.* Первая считает основой нравственной жизни долг, выполнение которого связано с внутренним повелением. Следуя долгу, человек отказывается от своекорыстного интереса и остается верен самому себе (И.Кант). Основным критерием нравственности выступает честность. Вторая теория морали исходит из убеждения о том, что критерием оценки поступков человека является полезность.

К числу базисных принципов биомедицинской этики относятся принципы: а) *автономии, б) непричинения вреда, в) благодеяния и г) справедливости.* Под автономией понимается форма личной свободы, при которой индивид совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением. Выделяют (В.А.Тихоненко, Т.А. Покуленко) семь основных аспектов автономии:

- уважение личности пациента
- оказание пациенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях
- предоставление ему необходимой информации (о состоянии здоровья и предлагаемых медицинских мерах)
- возможность выбора из альтернативных вариантов
- самостоятельность пациента в принятии решений
- возможность осуществления контроля за ходом исследования и лечения (со стороны пациента)
- вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи («терапевтическое сотрудничество»)

Принципы непричинения вреда, благодеяния и справедливости вытекают из клятвы Гиппократа и соответствующим образом нацеливают медицинского работника.

Конкретные этические нормы, применяемые в медицине, включают *правдивость, приватность, конфиденциальность, лояльность и компетентность.* Этические нормы поведения врача, разработанные еще Гиппократом, в настоящее время все чаще подвергаются критическому анализу. Социальные изменения способствуют тому, что многие постулаты Гиппократа входят в противоречие с сегодняшними понятиями о добре и зле, благе и вреде и т.д. Ниже будут проанализированы наиболее значимые аспекты этических взаимоотношений в современной медицине.

Конфиденциальность. Вопрос о нравственной оценке конфиденциальности (разглашении врачебной тайны — интимных сведений, которые стали известны медицинским работникам в

процессе обследования и терапии пациента) до настоящего времени остается одним из наиболее важных в области медицинской этики. Ведь конфиденциальность в традиционном понимании подразумевает неразглашение сведений о больном, сохранение тайны болезни практически во всех без исключения случаях. В противном случае, если не будет гарантирована конфиденциальность, т.е. будут нарушены основополагающие этические принципы и к врачам многих специальностей добровольно не станут обращаться или при вынужденном обращении будут скрывать от них важные для диагностики и лечения сведения.

Проблема заключена в том, что больной в связи со своим заболеванием может представлять общественную опасность и пытаться совершить преступление против близких родственников, знакомых, врачей или общества в целом, а врач может быть ограничен рамками врачебной тайны для того, чтобы предотвратить преступление. Раньше подобная проблема решалась в пользу общества. Т.е. добродетелью считалась однозначная помощь обществу в ущерб личности. В учебниках, по которым продолжают учиться будущие врачи, написано: «В условиях советского государства общественные интересы народа настолько актуальны, что запрещение врачу раскрывать секреты, почерпнутые из общения с больным, принесло бы вред общему делу». При этом общественные интересы незаслуженно расширялись.

Сегодня законодательно ограничены ситуации, при которых допустимо нарушать принцип конфиденциальности — случаи непосредственной опасности для окружающих, связанной с симптоматикой заболевания. Однако за рамками закона остаются многие ситуации, не носящие характер непосредственной социальной опасности. К примеру, ситуация с *сообщением без согласия больного его родственникам диагноза заболевания.* Что признать этически оправданным, «добродетельным» — сообщение жене о шизофрении, распознанной у ее мужа или укрытие этого факта? Добродетель в отношении кого более справедлива — в отношении больного мужа, который не хотел бы потерять семью, вследствие реакции жены на диагноз, или в отношении жены, которая на основании знаний об истинном диагнозе болезни мужа могла бы строить новую жизнь?

Врач решает эту задачу в настоящее время «индивидуально», но часто на основании собственных представлений о благе и вреде. Думается, что этот этический ребус должен всегда решаться в пользу больного. И сообщение близким родственникам диагноза его заболевания должно основываться только на доброй воле пациента.

Другим не менее сложной этической ситуацией считается *информирование больного о диагнозе его болезни* (к примеру, в онкологической практике). Проблема информированности больных в вопросе диагноза их онкологического заболевания в отечественной медицине стоит достаточно остро. Как правило, делается попытка разрешить ее на основе не столько медицинских, сколько деонтологи-ческих или юридических принципов (А.Я.Иванюшкин, Т.И.Хмелевская, Г.В.Малежко). Подразумевается, что знание больным диагноза своего онкологического заболевания помешает адекватному проведению необходимой терапии вследствие возможной и «высоко вероятной» негативной эмоциональной реакции пациента (вплоть до суицидальных попытокХ В то же время неопределенность может нести защитные психологические функции (В.Н.Герасименко, А.Ш. Тхостов). С целью утверждения правоты той или иной позиции предпринимались попытки статистических исследований. Так, A.Peck провел исследование степени информированности онкологически больных о своем диагнозе. При тщательном опросе он выявил, что только менее 10% больных при поступлении в клинику не знали своего диагноза. Остальные были хорошо информированы, но избегали говорить о своей болезни. Большинство больных пришли к соответствующим выводам самостоятельно на основе диагностических процедур. Тот факт, что такое большое количество больных знали или догадывались о своем диагнозе, противоречит представлению об анозогнозичности, однако то, что больные избегали активно обсуждать свое заболевание и не пытались пополнить или проверить свои знания, полученные самостоятельно и, очевидно, недостаточно полные, не очень согласуется с тем, что неопределенность автоматически приводит к отрицательным эмоциональным переживаниям. Следует предположить, что неопределенность может нести и защитные функции. «В сущности сообщение больному диагноза не снимает неопределенности, а переносит ее в другую, еще более важную сферу: в неопределенность прогноза, который в онкологии не может быть окончательным и достаточно определенным» (А.Ш.Тхостов). И в такой ситуации лучше,

если больной будет не до конца знать, что с Ним, чем зная это, будет думать о том, сколько ему осталось жить.

- 297 -

Предложенная в литературе трактовка адаптивного влияния неопределенности для пациента, затрагивающей информацию о диагнозе онкологической патологии, прогнозе заболевания и прочих сопутствующих событий, учитывает ситуативное влияние информированности пациента на его психологический статус. В то время, как отдаленные психические последствия действия неопределенности до настоящего времени в научной литературе не нашли своего отражения. Предпринятое (В.Д.Менделевич) изучение влияния антиципационных механизмов на психический статус онкологически больных, подвергшихся радикальным гинекологическим операциям, позволило уточнить некоторые пато- и саногенетические параметры психогенеза. Антиципационный тренинг, оказывавший в исследованиях адаптивное влияние на постоперационное психопатологическое симптомообразование, не противопоставляется «неопределенности», которую проблематично создать на практике, а раскрывает вероятностный характер параметра определенность-неопределенность. Ведь в практической деятельности онкологов создать неопределенность практически невозможно, поскольку сообщение больному о злокачественном характере заболевания однозначно, а информирование пациента о доброкачественном характере его болезни по крайней мере двузначно (т.е. либо диагност прав, либо ошибается — сознательно или неосознанно). Таким образом, неопределенность переходит в категорию вероятностного прогнозирования. В рамках антиципационного тренинга пациенту предлагается сформировать вероятностный, т.е. до определенной степени не строго определенный характер будущего. Причем направленность антиципационного тренинга — сферы будущего, которые осознанно или неосознанно пациентом исключаются из процесса антиципации. Таким образом, формируется не только более четко структурированная неопределенность, которую вернее назвать вероятностной определенностью, но и создается адекватная платформа, позволяющая проводить профилактику психических расстройств. Следовательно, проблема информированности онкологических больных о диагнозе переходит в иное русло— антиципационного тренинга, причем последний, видимо, должен естественно входить в систему воспитания, в частности т.н. воспитание психологической устойчивости.

В практике могут встречаться еще более трудные в этическом отношении ситуации. Предположим, что к психиатру обращаются родители, усыновившие ребенка и через пять лет после усыновления отмечающие у него психические отклонения. Что считать этически правильным поступком, сообщение им о наличии, к приме-

-298-

ру, врожденного и терапевтически резистентного умственного дефекта у ребенка и тем самым невольное подталкивание к возврату ребенка в детский дом или же занятие позицию защиты ребенка и умолчания истинного диагноза заболевания?

Не менее психологически и этически сложными оказываются случаи, при которых сам пациент требует дать ему полную информацию о его психической болезни. Этически оправданным можно считать информирование пациента, но только в такой форме, которая не приведет к ухудшению его психического состояния или суициду.

Одной из наиболее острых, дискуссионных и общественно значимых сторон конфиденциальности при психических заболеваниях являются ситуации, когда психически больным является лицо, занимающееся политикой, претендующее или занимающее один из важных государственных постов. Вопрос стоит так: «Ввести ли в законодательство необходимость психического освидетельствования государственных деятелей или оставить решение этого вопроса на этическом уровне?» Поскольку данный вопрос актуален и видимо будет актуален многие годы, позволим себе проанализировать сложившуюся ситуацию.

В научных кругах обсуждение этого вопроса переместилось из сферы гуманистики и этики в плоскость целесообразности. «Допустим, депутат или лицо претендующее на пост президента страны болен шизофренией или психопатией, разве правильным было бы скрывать этот факт от его избирателей?» — вопрошают многие, требуя отменить принцип конфиденциальности в виде исключения *для политических деятелей.* В связи с этим возникает масса вопросов. Во-первых,

допустим, что принцип «исключение из правил» будет принят, кого следует включать в список лиц, диагноз болезни которых врач обязан сообщать? Только президента или еще вице-президента, председателя палат Федерального собрания, а может быть и депутатов Государственной думы или глав администрации района? Во-вторых, что будет обязан сообщать врач (или комиссия экспертов) о своих пациентах — только диагноз болезни или еще аргументы для его доказательства? В-третьих, что следует из того заключения, что важная государственная персона страдает «психоорганическим синдромом травматического генеза»? Дает ли это основание какому-либо государственному органу лишить его своего поста. Или следует провести на основании врачебного заключения слушания в Думе: годен или негоден в связи с психопатией имярек занимать свой высокий пост? Но ведь диагноз, к примеру, психопатии не позволяет сам по себе поражать человека в гражданских правах. Приведенные размышления о возможности разглашения врачебной тайны «в виде исключения» для политических деятелей убеждают, что законодательный подход к этому вопросу бесперспективен и нецелесообразен.

Эвтаназия. Проблема эвтаназии, или добровольного безболезненного лишения себя жизни стоит достаточно остро в общей медицине. По отношению к психической патологии, особенно на обывательском уровне, более остро стоит проблема «добродетели при сохранении жизни и возможности продолжать свой род умственно отсталых или лиц с врожденными отклонениями». Считается, и с каждым днем подобное мнение укрепляется и находит все больше сторонников, что психически больные, впрочем также как и гомосексуалисты, наркоманы, алкоголики должны быть принудительно стерилизованы. Стоит напомнить, что программа физического уничтожения душевнобольных во времена третьего рейха в Германии включала ряд последовательных этапов: 1) стерилизацию, которой подлежали больные шизофренией, циклотимией, наследственной эпилепсией, хореей Гентингтона, наследственной слепотой и глухотой, алкоголизмом, умственной отсталостью; 2) уничтожение детей с физическими и умственными недостатками; 3) акцию «Т4» — постепенное полное физическое уничтожение взрослых психически больных к 1945 году (J.E.Meyer). Подобное напоминание естественно не может служить обоснованием точки зрения о том, что принудительная стерилизация психически больных аморальна. Но для этого и не требуется никаких обоснований. Если интересы личности (любую — здоровую или больную) поставить над государственными и общественными, то вопрос снимется автоматически.

Более сложна такая проблема клинической психологии как проблема суицидального поведения. И, в частности, определение допустимой меры вторжения в жизнь больного человека. Взаимоотношения с душевнобольным, находящимся в психотическом состоянии и пытающимся покончить собой, справедливо строятся на законодательной основе — если наблюдается сочетание признаков психического расстройства (психоза) и суицидального поведения, им обусловленного, пациент нуждается в неотложной госпитализации. Если же пациент, находится, к примеру, в состоянии невротической депрессии по поводу диагностики у него рака и высказывает суицидальные мысли, то, видимо, следует подходить к его высказываниям и намерениям в соответствии с этическими принципами, т.е. врач должен попытаться разубедить человека в необходимости со-

вершить самоубийство, но при этом врачу следует понимать, что человек имеет право как на жизнь, так и на смерть (если он психически здоров). И этически оправданным было бы именно такой диалектический подход.

Паттернализм. Паттернализм также, как и вышеперечисленные параметры, можно отнести к этическим проблемам медицины. Суть его заключается в этической оценке возможности и допустимости принятия врачом на себя роли человека, диктующего больному, как тому следует поступать в жизни. Зачастую врач распространяет свое влияние на области жизни пациента, которые не имеют непосредственного отношения к его болезни. В частности, врач берет на себя ответственность за категорические рекомендации по поводу замужества и женитьбы, разводов, деторождения, поступления на работу или увольнения с нее. К примеру, пациентка с невротическими расстройствами, возникшими после измены супруга, может попросить у врача-психиатра совета по поводу возможности и целесообразности дальнейшей совместной жизни с мужем. Врач не имеет этического права давать совет, поскольку любой из них будет обосновываться не медицинскими, а его собственными нравственными критериями.

Противоположностью паттернализма является взаимоотношения врача и пациента на платформе сотрудничества и партнерства.

«Реконструкиия личности» при психотерапии. Этическая проблема, обозначенная «реконструкцией личности» возникла не так давно. Особенно активно психотерапевтические методики, использующие методы «реконструкции», стали появляться в последнее время. Суть проблемы заключается в том, насколько оправданной с этической точки зрения является вторжение в личностную структуру пациента и изменение ее с целью излечения от разнообразных расстройств. Пациент, вручая себя врачу, может не догадываться о том, что в процессе терапии будет происходит изменение его мировоззрения — реконструкция личности. С другой стороны, даже если пациент согласен на подобную процедуру соответствует ли нормам морали и медицинской деонтологии подобные действия. Подобное возможно лишь в случаях, когда пациент отдает себе отчет в том, к какому состоянию стремится подвести его психотерапевт и добровольно идет на это. Отдельно следует сказать о психотерапевтических методиках, которые используют нетрадиционные воздействия, которые могут повлечь ухудшение состояния больного, к примеру, «холотропное дыхание» по С. Грофу.

Лечение без согласия. Сложной этической проблемой остается обоснованность терапии пациента без оповещения его о назначаемых лекарствах, механизмах их действия, побочных эффектах. Недопустимым следует считать назначение антипсихотических препаратов человеку (подбрасывание в пишу), который не знает об их приеме.

Компетентность. На первый взгляд, категория компетентности не относится к этическим нормам. Однако, это относится к случаям недостаточной компетентности — недостаточные знания и навыки в области профессиональной деятельности. С этических позиций интерес представляет расширение границ компетентности, когда в профессионально проводимый анализ включаются, наряду с традиционными клиническими феноменами психологические проявления. При этом, как правило, происходит гипердиагностика — приписывание обычным психологическим феноменам характера патологии. Справедливо в связи с этим замечание В.А.Тихоненко и Г.М.Румянцевой о том, когда психиатр грусть или печаль называет субдепрессией, гнев — дисфорией, увлеченность — гипопараной-яльностыо, враждебность — гипопараноидностью и т.д. На психологическом жаргоне процесс подобной подмены точно назван «профессиональным кретинизмом».

Экстрасенсорика. Отношение к экстрасенсорике в психологической и психотерапевтической практике можно также отнести к этической области. Этическому осмыслению подлежит врачебная оценка экстрасенсорных воздействий и рекомендации больным по поводу применения или отказа от применения подобных нетрадиционных методов терапии. Что считать этичным — врачебный запрет пациенту обращаться к экстрасенсам и ясновидящим или поощрение этих действий? Насколько этичным будет размышления типа: «Раз помогает — значит хорошо»? Если врач, как представитель науки и научного мировоззрения поощряет распространение мифологического мышления, то следует ли признать его поступки этичными. Думается, что нельзя.

Этических проблем современной медицины значительно больше, чем перечислено выше, однако наиболее дискуссионными считаются именно они.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

Вопрос 1. Способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми, в частности в условиях лечебного взаимодействия называется:

а) интерактивной толерантностью

б) интерактивной компетентностью

в) коммуникативной состоятельностью

г) коммуникативной толерантностью

д) коммуникативной компетенцией

Вопрос 2. Общение, при котором оценивают другого человека, как нужный или мешающий объект, обозначается:

а) духовным общением

б) примитивным общением

в) «контактом масок»

г) манипулятивным общением

д) формально-ролевым общением

Вопрос 3. Выделяют все нижеследующие типы психологической установки в процессе лечебного взаимодействия за исключением:

а) позитивная

б) негативная

в) адекватная

г) неадекватная

д) кататимная

Вопрос 4-. Эффект общения, при котором происходит формированием мнения о частных свойствах и качествах человека на основании общих впечатлений о нем, называется:

а) эффектом «последовательности»

б) эффектом «авансирования» в). эффектом «ореола»

г) эффектом «проецирования на других людей собственных свойств»

д) дедуктивным эффектом

Вопрос 5. Плацебо-эффект связан с:

а) параметрами лекарственного вещества

б) психологической установкой

в) длительностью предъявления раздражителя

г) наркотической зависимостью

д) фактором неожиданности

Вопрос 6. Паттернализм — это:

а) способ взаимодействия врача и пациента при директивной роли врача

б) способ взаимодействия врача и пациента при недирективной роли врача

в) способ взаимодействия врача и медицинской сестры

г) способ взаимодействия пациентов между собой

д) способ оказания психологической помощи

Вопрос 7. Полезность является критерием оценки поступков человека в:

а) деонтологической теории морали

б) гуманистической теории морали

в) бихевиорадьной теории морали

г) психодинамической теории морали

д) утилитарной теории морали

Вопрос 8. Пациент, как правило, расценивает «идеального врача» как лицо:

а) одного с ним возраста и пола

б) более младшего возраста и одного с ним пола

в) более старшего возраста и одного с ним пола

г) более младшего возраста и противоположного пола

д) более старшего возраста и противоположного пола

Вопрос 9. Приватность в рамках лечебного взаимодействия относится к сфере этических:

а) теорий

б) норм

в) стандартов

г) принципов

д) технологий

Вопрос 10. Добровольное безболезненного лишения жизни пациента, страдающего неизлечимым недугом, называется:

а) евгеникой

б) эвтаназией

в) эмпатией

г) эйдетизмом

д) эксгумацией

Вопрос 11. К числу базисных принципов биомедицинской этики все нижеследующие за исключением принципа:

а) духовности

б) автономии

в) непричинения вреда

г) благодеяния

д> справедливости

-304-

Вопрос 12. Сочетание таких качеств как эмоциональная дистанциро-ванность врача от глубинных проблем пациента, ориентация на симптомы, ориентация на технократический подход к лечению входит в структуру одного из следующих психологических типов врача:

а) сопереживающего

б) эмоционально-нейтрального

в) апатического

г) директивного

д) недиректйвного

Вопрос 13. Ориентация на партнерство в отличие от ориентации на руководство, склонность принимать к рассмотрению точку зрения больного как при диагностике, так и при выборе методов и способов терапии входит в структуру одного из следующих психологических типов врача:

а) сопереживающего

б) эмоционально-нейтрального

в) апатического

г) директивного

д) недирективного

Вопрос 14. В понятие «идеального пациента»- врач, как правило, включает все нижеследующие характеристики за исключением одной:

а) вера и отсутствие сомнений в силах и умениях лечащего врача

б) готовность беспрекословно выполнять назначения

в) умение кратко и четко излагать проблему и жалобы

г) хорошая осведомленности в медицинских вопросах

д) малая осведомленность в медицинских вопросах

Вопрос 15. Пациенты с невротическими расстройствами в образ «идеального врача» в не склонны включать такое качество, как:

а) чувство юмора

б) компетентность

в) ум

г) внимательность

д) увлеченность работой

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

С.И.Самыгин, Л.Д.Столяренко, Психология управления. Ростов-на-Дону, М., 1997, 512-с.

В.А. Ташлыков. Психология лечебного процесса. Л., 1984,192 с.

В. А. Тихоненко. Этика практической психиатрии. М., 1996, 244 с.

И.Харди. Врач, сестра, больной. Психология работы с больныкш. Будапешт, 1981, 286 с.

Глава 7
НЕВРОТИЧЕСКИЕ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Одной, из основополагающих проблем клинической психологии считается проблема реакций личности на психологический стресс. Под стрессом в психологическом ракурсе йонимается воздействие на человека, его организм и личность фрустрирующих, психотрав-мирующих событий с формированием расстройств как на уровне психического, так и соматического реагирования. Центральными вопросами становятся вопросы о механизмах формирования связанных со стрессом нарушений, выбором невротического или психосоматического пути синдромогенеза, а также преморбидных индивидуально-психологических особенностях, способствующих и препятствующих появлению расстройств и методах.

Считается, что в условиях воздействия на человека психической травмы возникает альтернатива: либо в связи со стрессоустойчивос-тыо и под влиянием методов психологической защиты человек остается психически и соматически здоровым, либо он заболевает неврозом или психосоматическим заболеванием (рисунок 14). Причем, по мнению некоторых ученых (В.С.Ротенберг, В.В.Аршавс-кий), альтернатива существует и внутри патогенного пути,.и «психосоматические заболевания возникают у тех, кто в силу особенностей личности не может

позволить себе невротический тип реагирования, демонстрацию тревоги или страха, фиксацию на своих ощущениях».

-306-

Неврозы

Современную ситуацию в неврозологии можно без преувеличения обозначить проблемной. Заболевание — невроз -, которое известно уже несколько столетий и описание которого связано с именем Куплена, не становится яснее в теоретическом плане и излечимее на практике. Выздоровление больных не происходит чаще, чем это было многие годы тому назад. Подвергаются кардинальному пересмотру осноюполагаюцдаедиагностико-нозологические признаки неврозов такие, к примеру, как функциональность, т.е. обратимость невротических расстройств после нормализации жизненной ситуации и исчезновения психотравмы. Процент выздоровления равняется лишь 58 (В.Ф.Десятников), в лучшем случае — 65 (А.С.Киселев, З.Г.Сочнева), что явно противоречит введенному в дефиницию критерию функциональности.

В теоретическом плане сосуществуют научные направления, пытающиеся трактовать невроз как с психологической, так и с биологической (нейрофизиологической) платформ. К тому же западные психотерапевтические школы «новой волны» становятся на антино-зологаческие позиции, предпочитая не выдвигать и не декларировать теоретические постулаты понимания происхождения невротических симптомов и не проводить дифференциальной диагностики между клиническим симптомрм и психологическим феноменом. Подобная **антинозологическая платформа** ярче всего может быть продемонстрирована на примере высказывания Джозефа Вольпе о том,; что «невроз — это плохая, упорная привычка неадаптивного поведения, приобретенная в процессе научения». Из этого делается вывод, что невроз вряд ли можно относить к клиническим симптомо-комплексам и нозологическим единицам, которые должны иметь специфический этиологический агент, закономерности патогенеза (неврозогенеза) и исхода. Антинозологическая платформа сродни в целом антипсихиатрическому подходу к оценке психических проявлений, отраженному в известных высказываниях R.Laing: «Нет никакого смысла противопоставлять «нормальное» и «ненормальное». Пациенты психиатрических клиник не менее «нормальны», чем члены их семейств, а «шизофреногенные семьи» ничуть не отличаются от обычной семьи современного общества. Безумие является характеристикой межличностных отношений, возникающих в зависимости от понятности или непонятности для нас суждений и действий другого человека».

Нейрофизиологическая научная платформа базируется на классических представлениях И.П.Павлова, выраженных в следующих абзацах: «Всюду и всегда необходимо идти к физиологическому основанию как в отношении болезнетворных агентов, так и в отношении реакций на них со всеми их последствиями, т.е. переводить всю психогению и симптоматику на физиологический язык... Могу сказать, что касается до нервной клиники, то почти все здесь наблюдаемые невротические симптомы картины можно понять и привести в связь с нашими патофизиологическими лабораторными фактами».

Столь строго патофизиологический уклон разделяется многими отечественными учеными-неврологами однако в более современном, смягченном варианте, учитывающем достижения психологических наук и психиатрии. Сегодня в рамках нейрофизиологической платформы принято говорить не об этиологическом значении каких-либо патофизиологических механизмов, а о «церебральной пре-диспозиции, облегчающей формирование невротической патологии» (В.Б.Захаржевский, М. Л. Дмитриева, В.Х.Михеев). Придается важное значение так называемой ирритирующей триаде (шейный остеохондроз, хронический тонзиллит и хронический холецистит), способствующей возникновению (или проявлению) «не только отдельных синдромов невроза, но и самого невротического заболевания». Несмотря на то, что М.ГАйрапетянц и А. М.Вейн отмечают существенную и патогенетически значимую роль в неврозогенеза «негрубой органической мозговой предиспозиции» и даже церебральной гипоксии, они с большой осторожностью обсуждают эту проблему. «Еще нет неопровержимых доказательств — пишут они, — прямого участия системных механизмов мозга (активирующих и синхронизирующих аппаратов) и активности биохимических систем (судим о них по содержанию биологически

активных веществ в венозной крови и экскреции с мочой) во взаимодействии психотравмирующей ситуации с особенностями структуры личности и формировании невротического конфликта. Скорее всего, они отражают наличие стрессорной ситуации, характер и интенсивность эмоционального напряжения, а также индивидуальный паттерн реагирования. Вероятно, правильнее говорить о наличии характерных психофизиологических и психогуморальных соотношений при неврозах. Соотнести их прямо с патогенезом заболевания не представляется в настоящее время возможным».

Как видно из представленной позиции, проблема заключается лишь во временном отсутствии четких, «неопровержимых» доказательств корреляции мозговой дисфункции с возникновением невротических расстройств, а отнюдь не в принципиальных теоретических представлениях. Еще более ярко нейрофизиологическая платформа представлена в таких размышлениях ученых: «Существует два принципиальных пути обсуждения: первая позиция — органическая церебральная дефицитарность реально существует, но имеется она и при многих формах патологии и у части практически здоровых лиц, что позволяет считать ее своеобразным эпифеноменом, т.е. отсутствует какая-либо внутренняя и логичная связь между церебральными нарушениями, с одной стороны, и возникновением, появлением и течением невротической патологии — с другой; вторая позиция — следуя за сформулированными В.М.Бехтеревым положениями о связи между различными психическими нарушениями и состоянием органа, осуществляющего психическую деятель-, ность, т.е. головного мозга, пытаться понять наличие определенной взаимосвязи между ними. Сразу же скажем — пишет А.М.Вейн, — что мы являемся убежденными сторонниками этой позиции».

Нейрофизиологами подчеркивается важная роль «мягких неврологических симптомов» в патогенезе невротических нарушений, в то время как «грубые крупноочаговые либр диффузные проявления мозговой недостаточности» препятствуют, по их мнению, формированию невротических форм поведения Посредством грубой деформации условий жизни и прочих сопутствующих тяжелой неврологической патологии микросоциальных факторов.

Обобщая современное представление о неврозогенезе ученых, стоящих на нейрофизиологической платформе, можно согласиться с Б.Д.Карвасарским, что не вполне обоснованно основа патогенеза неврозов видится нейрофизиологам в расстройстве функций интег-ративных систем мозга, среди которых, наряду с корой больших полушарий мозга, существенная роль отводится лимбико-ритеку-лярному комплексу.

Психологическая платформа является на современном этапе преобладающей как в западной психиатрической и психологической литературе, так и в отечественной. Она также, как и нейрофизиологическая не монолитна и не единообразна, но содержит анализ значимости для неврозогенеза множества различных психологических параметров. Объединяет последние представление о принципиальной патогенетической значимости психологической составляющей для возникновения и проявления невротической симптоматики (В.Н.Мясищев). Спектр выделяемых существенных психологических феноменов широк, однако не наблюдается противопоставления одних другим, видимо исходя из известного высказывания V.Frankl:

«Каждому времени присущ свой невроз и нужна своя психотерапия». Это высказывание, дополненное географической характеристикой — месторасположением — и превращенное в: «Каждому времени и месту присущ свой невроз», объясняет сосуществование различных психологических теорий и концепций неврозогенеза! Этот обширный список «правильных» теорий отражает значимость не только психологического, но и социально-психологического аспекта не-врозогенеза. Психоанализ S.Freud объяснял не вообще неврозогенез (хотя и претендовал на это), но лишь механизмы происхождения невротических нарушений у молодых женщин австрийских городков конца прошлого века. Ноогенный характер невротических расстройств, описанный V.Frankl, подходил для понимания развития неврозов западноевропейского интеллигента послевоенного времени. Именно подобная многовариантность механизмов неврозогенеза позволила V.Frankl оценить удельный вес ноогенного механизма среди иных. Ученый писал о 20-типроцентной представленности ноогенного механизма среди многообразия патогенетических концепций.

Учитывая очевидный факт «фрагментарности» западных и отечественных теории неврозогенеза, отсутствие в них универсального характера (кстати, как и в наиболее популярной в течение многих лет в отечественной клинической психологии и психиатрии теории личности В.Н. Мясищева), следует признать, что идея создания единой теории Неврозогенеза носит характер утопичности. Общественный уклад жизни, социально-политические процессы и даже морально-этические и религиозные воззрения людей, способны изменять понимание и суть этиологии и в еще большей степени патогенеза неврозов. Именно эта аксиома позволила некоторым ученым вывести невроз за рамки психической патологии.

В настоящее время объединяющими различные психологические подходы к оценке значимых сторон неврозогенеза факторами являются: *психическая травма и преморбидные психологические особенности личности и ее базовых параметров — темперамента и характера.*

Психической травмой называется жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Психическая травма, как событие или ситуация, стоит в ряду иных жизненных ситуаций. Согласно классификации D.Magnusson, существует пять уровней определения ситуации:

1. Стимулы — отдельные объекты или действия.
2. Эпизоды — особые значимые события, имеющие причину и следствие.
3. Ситуации — физические, временные и психологические параметры, определяемые внешними условиями.
4. Окружение — обобщающее понятие, характеризующее типы ситуаций.
5. Среда — совокупность физических и социальных переменных внешнего мира.

К невротическим расстройствам могут приводить как эпизоды и ситуации, так окружение и среда. Психотравмирующими они становятся не только в связи с масштабностью или катастрофичностью. При анализе фактора психической травмы вьщеляются следующие ее характеристики:

- интенсивность
- смысл
- значимость и актуальность
- патогенность
- острота появления (внезапность)
- продолжительность
- повторяемость
- связь с преморбидными личностными особенностями.

По мнению Г.К.Ушакова по интенсивности психических травм их нужно делить на: 1) *массивные (катастрофические),* внезапные, острые, неожиданные, потрясающие, однoплановые: а) сверхактуальные для личности, б) неактуальные для личности (например, природные, общественные катастрофы, интактные для данного индивидуума); 2) *ситуационные острые* (подострые), неожиданные, многопланово вовлекающие личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения); 3) *пролонгированные ситуационные,* трансформирующие условия многих лет жизни (ситуация лишения, ситуация изобилия — кумир семьи): а) осознаваемые и преодолимые, б) неосознаваемые и непреодолимые; 4) *пролонгированные ситуационные,* приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения (истощающие): а) вызываемые самим содержанием ситуации, б) вызываемые чрезмерным уровнем притязаний личности при отсутствии объективных возможностей для достижения в обычном ритме деятельности.

В.Н. Мясищев делил психические травмы на *объективно-значимые и условно-патогенные,* подчеркивая тем самым семантическую роль события. Под объективно-значимыми понимаются

жизненные события (психические травмы), значимость которых можно считать высокой для подавляющего большинства людей — смерть близкого, развод, увольнение и пр. Условно-патогенными называют события, которые становятся психическими травмами, вызывающими переживания в силу особенностей иерархии ценностей человека (к примеру, потеря марки из коллекции филателиста). Широко распространена в западной психиатрии шкала Holmes-Rahe, с помощью которой каждому жизненному событию приписывается строго определенный и неизменный выраженный в баллах коэффициент. На'основании суммы баллов предлагается судить о силе и интенсивности психического воздействия жизненных событий. Так, наивысшее количество баллов за травмирующее влияние приписывается смерти супруга (100 баллов). Далее следуют: развод (73 балла), разлука супругов (65), тюремное заключение (63), смерть родных (63), женитьба (50), примирение супругов (45), выход на пенсию (45). Авторы включили в шкалу стресса даже такие ситуации, как заклад или заем суммы денег. Причем, если заклад или заем не превышает 10 тысяч долларов, то это дает 17 баллов по шкале стресса, а свыше 10 тысяч — 31 балл. На основании простого арифметического подсчета баллов предполагается, что можно в процентах априорно оценить риск возникновения невроза. Шкала Holmes-Rahe, несмотря на очевидную субъективность и недостоверность, до настоящего времени широко используется в научных исследованиях, затрагивающих проблемы неврозогенеза.

Актуальный конфликт формирующийся на базе психической травмы, по мнению N.Peseschkian, складывается из жизненных событий и мюфотравм, роль которых выделяется этим автором особенно. К последним относятся, к примеру, такие, как непунктуальность, нечистоплотность, несправедливость, непорядочность, неверность участника коммуникативного процесса. Подобные микротравмы, действуя ежедневно и монотонно, способны вызвать и сформировать невротическую симптоматику. Таким образом, на первый план выдвигаются не столько значимость или интенсивность пси-хотравмирующего воздействия, сколько повторяемость, однотипность и длительность микротравм ₂ которые входят в противоречие с представлениями человека о «правильных качествах» партнера.

По мнению Б.Д.Карвасарского существуют два подхода к построению классификации невротических конфликтов. К первому от-

носятся попытки феноменологии психотравмирующих обстоятельств и оценки их значимости в неврозогенезе. Однако гораздо большее значение, по мнению многих современных исследователей, представляет классификация по генезу, участвующих внутренних личностных механизмов развития конфликтов. В историческом плане интересен подход В.Н.Мясищева, который рассматривал три основных типа невротических конфликтов: *истерический, обсессивно-пси-хастенический и неврастенический.*

Подобный подход предопределял значимость не столько психической травмы в изолированном виде, сколько базовых психологических параметров личности. Первый из отмеченных типов конфликтов (истерический) определяется чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих. Следует подчеркнуть, что его отличает превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствие критического отношения к своему поведению. В генезе этого типа конфликта существенное значение приобретает история развития личности и процесс формирования системы ее жизненных отношений. Второй (обсессивно-психастенический) тип невротического конфликта обусловлен противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями. При этом, если даже одна из них и становится доминирующей, но продолжает встречать сопротивление другой, создаются благоприятные возможности для резкого усиления психического напряжения и возникновения невроза навязчивых состояний. Конфликт третьего типа (неврастенический) представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе — с другой. Особенности конфликта этого типа чаще всего формируются в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей индивида.

Как видно из представленной точки зрения, В.Н.Мясищев в неврозологическом ракурсе был нацелен на поиск морально-нравственных и социально-психологических характеристик человека, формирующих при встрече с психотравмирующей ситуацией особый, типичный стиль невротического поведения. Учение о трех типах невротического конфликта явилось продолжением и развитием теории системы отношений личности, в которой основной упор делался на изучении *механизмов «продуцирования психических травм»,*

бессознательного приписывания тем или иным жизненным событиям психического звучания с последующим аффективно проявлявшимся комплексом внутриличностного конфликта. При этом выделялась роль характерологических особенностей.

При анализе работ психологов и психиатров, нацеленных на выявление **специфических преморбидных психологических особенностей** больных неврозами, отмечается теоретическая и экспериментальная разработка нескольких феноменов и процессов: темперамента, характера, личности, а также отдельных психических функций. На патогенетическую значимость особенностей *высшей нервной деятельности* указывал еще И.П.Павлов. Основными поставщиками неврозов, по И.П.Павлову, являются крайние варианты нормы, прежде всего слабый тип, однако не исключено их возникновение и у представителей сильного типа при значительной выраженности патогенного воздействия. Неврастения возникает у людей со слабым или сильным неуравновешенным (безудержным) и повышенно-тормозным типом, Средним в отношении сигнальных систем; истерия — у представителей слабого художественного типа с преобладанием подкорковой деятельности над корковой; психастения (которую И.П.Павлов относил к неврозам) — у людей мыслительного типа с болезненным преобладанием кортикальной деятельности над субкортикальной.

В современной психологической и психиатрической литературе, наряду с темпераментом, большое значение в этиопатогенезе неврозов придается и иным психологическим параметрам человека. Существенными для неврозогенеза являются особенности, в частности, *акцентуации характера.* Широкую известность приобрело положение V.Magnan об обратно пропорциональной зависимости между ранимостью нервной системы и массивностью психической травмы, необходимой для развития невроза; чем более ранима (чувствительна), чем больше предрасположена («невропатизирована, психопатизирована») нервная система, тем меньшая интенсивность психической травмы необходима для ее поражения. Б.Д.Карвасарский, рассматривая взаимоотношения особенностей характера (в норме и при патологических формах) и неврозов, считал, что, если в прошлом весьма распространенной была точка зрения, что «поставщиками» неврозов, как правило, являются психопаты, а основные формы неврозов представляют собой декомпенсации соответствующих им типов психопатий (истерия — истероидная психопатия, неврастения — астеническая психопатия, невроз навязчивых состояний — психопатия психастенического круга), то в настоящее время в отечественной психиатрии прочно утвердилось представление, что неврозы могут возникать у лиц, и не страдающих психопатиями, а также без сколько-нибудь выраженных психопатических черт характера. Если идти по пути сближения психогенных декомпенсаций психопатий с неврозами в узком смысле слова, то, естественно, в случаях психопатий невроз выступает как рецидивирующее заболевание, так как психогенные срывы могут возникать в обычных жизненных условиях, становясь как бы предпочтительным типом реагирования. У человека же без психопатических особенностей невроз может быть и единственным эпизодом в жизни, возникающим, однако, под влиянием действительно патогенной психотрав-мирующей ситуации.

С представленной точкой зрения согласны далеко не все исследователи. В частности Ю.ААлександровский считает, что существующее в настоящее время разделение неврозов и психопатий на основании характерных для первых из них «психогенности* и «функциональности», а для вторых — «биологичности» и «органичности» носит сугубо относительный характер. Такое разделение имеет значение для описания клинических форм и вариантов пограничных состояний, определения их прогноза, но не является принципиальным для понимания различий в определяющих их патофизиологических механизмах. Эти механизмы являются скорее общими, а не различными и при неврозах, и при психопатиях. Клинические картины, характерные для «истинных неврозов», могут быть обозначены как «невротические синдромы» безотносительно к основному этиопатогенезу заболевания в целом. Чтобы они

реализовались, требуется сочетание врождевно-конституциональных, соматогенно-орга-нических и личностно-ситуационных факторов в их различной комбинации.

Если в вопросе о значимости патологической характерологической «почвы» на неврозогенез существуют различные точки зрения, то роль акцентуаций характера выделяется практически всеми учеными. Наличие акцентуаций характера в условиях психотравматиза-ции может стать благоприятной почвой для возникновения неврозов и невротических развитии. К тому же, отдельным типам акцентуации характера свойственны определенные формы невротических расстройств. Астеноневротический и лабильный типы акцентуаций предрасполагают в соответствующих условиях к возникновению неврастении; сенситивный, психастенический и реже астеноневротический служат благоприятной почвой для развития обсессивно-фобического невроза. Истерический невроз возникает на фоне исте-

роидной или реже при некоторых смешанных с истероидным типах — лабильно-истеродном, истероидно-эпилептоидном, реже шизо-идно-истероидном. Подчеркивая значение выделения понятия «акцентуация характера» для клиники неврозов А.Е.Личко отмечает, что от типа акцентуации зависят не только особенности клинической картины невроза, но и избирательная чувствительность к определенного рода психогенным факторам, поскольку очевидно, что невротическая декомпенсация может быть облегчена психотравма-тизацией, предъявляющей чрезмерные требования к *«месту наименьшего сопротивления»* данного типа акцентуации.

В психологических работах анализом особенностей темперамента и характера исчерпываются исследования предрасполагающих к неврозам факторов. Если же рассмотрению подвергаются некоторые *личностные качества,* то чаще всего их круг не широк и строго предопределен методико-теоретической базой исследования. В.Н.Мясищев предлагал оценивать степень психотравмирующего влияния ситуации в зависимости от системы отношений личности — ценностных ориентации человека.. Было выделено три группы людей в зависимости от сферы жизни, которая, по их мнению, является принципиально важной и в которой сосредоточен **смысл жизни».* Для каждой из этих групп психические травмы оказались различными. В первой группе людей, ценности которых были сосредоточены *в семье,* психотравмирующим в большей степени становился развод, смерть родственника, болезнь ребенка или родителя, семейные конфликты. Для второй группы людей, ориентированных на *ценности карьеры,* служебного статуса, невроз возникал после таких психотравм как увольнение с работы, понижение в должности, двойка на экзамене. Третья группа людей, значимой для которых являлась *область хобби,* психотравмой становилось, к примеру, утрата коллекции. В некоторых психологических работах было отмечено (А.П.Федоров, Л.Д.Малкова), что у лиц без значительных патологических отклонений и акцентуаций характера имеются особая степень выраженности некоторых преморбидных особенностей темперамента, характера и личности. Для группы больных неврастенией оказались характерными повышенная ответственность и добросовестность в сочетании с высокой чувствительностью к критике. Они отличались хорошей работоспособностью и активностью при наличии высокой интенсивности и продолжительности эмоций и достаточно выраженной тревожности. Наряду с этим, в характере больных неврастенией выявлялись низкие показатели уступчивости при средней степени выраженности таких качеств, как решительность, фрустрационная толерантность и адаптивность. Больные истерией в преморбиде отличались завышенной самооценкой, эгоистичностью и эгоцентричностью, относительно высокой активностью, сочетавшейся у них с такими свойствами, как низкая степень решительности и целенаправленности и значительная степень внушаемости и самовнушаемости. У них часто выявлялись сочетания выраженной сенситивности и тревожности с лабильностью и импульсивностью. Высокая потребность в контактах и лидерстве сочеталась со средней степенью уступчивости и ответственности. В преморбиде больных неврозом навязчивых состояний обращала на себя внимание прежде всего низкая степень активности, уверенности в себе, решительности, целенаправленности в сочетании с выраженной тревожностью и мнительностью — черты, свойственные психастеническому типу. Характерным для части больных было сочетание повышенной впечатлительности и чрезмерной чувствительности (при склонности к задержке внешних проявлений эмоциональных реакций) и в связи с этим наличие постоянной фиксации больных на значимых для них сложных жизненных обстоятельствах, чему способствовала также повышенная склонность их к самовнушению.

В психологической платформе изучения неврозогенеза можно отметить два направления, по разному оценивающих процесс восприятия и осознания информации и его роль в возникновении невротических нарушений. Первое из них позволительно обозначить как акцентированное на количественных показателях информации, второе

— на качественных. К первому следует отнести положение и представление М.М. Хананашвили об «информационной триаде», лежащей в основе невроза. В нее включаются: 1) необходимость обработки и усвоения большого объема высокозначимой информации (включая и необходимость принятия решения); 2) хронический дефицит времени, отведенного на такую работу мозга; 3) высокий уровень мотивации. При наличии «информационной триады» закономерно с точки зрения М.М.Хананашвили возникает невроз и разнообразные психосоматические расстройства. По мнению П.В.Симонова, невроз — это «болезнь неведения», что, в противовес представлениям М.М.Хананашвили отражает позицию о патогенетической значимости отсутствия или малого, недостаточного количества информации — неведения о том, что может случиться с человеком в ситуации конфликта, чего от него ждут окружающие и прочее.

В последние десятилетия, благодаря работам отечественных психологов (И.М.Фейгенберга, Б.Ф. Ломова, А.В. Брушлинского), стала активно разрабатываться проблема вероятностного прогнозиро-

вания и антиципации. Эти работы направлены на оценку общепсихологических закономерностей действия вышеупомянутых механизмов. Давно подмечено, что более сильное психотравмирующее действие могут оказывать неожиданные неприятные сообщения, к которым человек не подготовлен. Поэтому, прежде, чем передать человеку такое сообщение, его стараются как-то подготовить: например, не сообщают сразу о смерти близкого человека, а говорят, что он очень тяжело заболел, что его состояние очень плохое. Степень неожиданности информации может быть определена по формуле Шеннона: I=EPllogPl, где I — информация, P1 — вероятность одного из исходов. Для понимания механизма действия неожиданных психических травм много ценного может дать *концепция вероятностного прогнозирования,* поскольку ряд накопившихся экспериментальных данных и повседневные наблюдения свидетельствуют о том, что в мозге, человека протекают процессы прогнозирования и сличения реально наступившей ситуации с прогнозируемой ситуацией (НА-Бернштейн, И.М.Фейгенберг). Они позволяют организму лучше подготовиться к будущим событиям и поэтому имеют большое биологическое значение. В поведении животных и человека, пишет И.М.Фейгенберг, можно найти много примеров вероятностного прогнозирования. Ласточка, ловящая насекомое, не догоняет его, повторяя путь его полета, а летит «наперерез» — не на насекомое (т.е. на раздражитель), а в некоторую точку пространства, где в соответствии с прошлым опытом ласточки она вероятнее всего окажется одновременно с насекомым. Всякое неожиданное изменение ситуации ведет к тому, что наступает рассогласование между имеющейся в данный момент ситуацией, отраженной органами чувств, и той ситуацией, которую ожидал, прогнозировал (предвидел) организм. Чем больше рассогласованиеХнесоответствие) между фактически возникшим сигналом и тем, что прогнозировалось, тем большее количество информации несет этот сигнал, тем более патогенным он может оказаться.

Кроме того процессы вероятностного прогнозирования и сличения, протекающие в мозге, играют существенную роль в возникновении эмоций, вызванных действием информации. Так, реакция испуга возникает при рассогласовании между фактической ситуации и прогнозируемой; реакции страха — в результате сличения прогнозируемой ситуации с той ситуацией, которая соответствует потребностям организма; разочарование — при рассогласовании между ожидаемым (прогнозируемым) приятным событием и действительностью.

В психологических особенностях невротиков обращает на себя внимание трудность, а подчас и невозможность предвидеть, прогнозировать всю возможную цепь последующих этапов деятельности э данной ситуации и при данном отношении к ней. Недоразвивается либо редуцируется обратная связь в цельной деятельности, достигшей автоматизации, т.е. естественной неосознаваемости предвосхищения последовательно сменяющих друг друга этапов предстоящей деятельности.

В настоящее время можно считать доказанной участие механизмов вероятностного прогнозирования и антиципации в этиопатогенезе невротических расстройств, что нашло отражение в антиципационной концепции неврозогенеза (В.Д.Менделевич). Суть ее заключается в рассмотрении этиопатогенеза невротических расстройств в неразрывной связи с антиципационными процессами. Неврозогенез видится как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях, что обусловлено преморбидными особенностями *«потенциального невротика»,* названными антиципационной несостоятельностью. Личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные. В связи с этим, попадая в неспрогнозированную, неблагоприятную и вытесненную в связи с этим из «ситуационного сценария» жизненную коллизию, человек оказывается в цейтноте времени для применения совладающего поведения. И даже, если система психологической компенсации у него функционировала нормально, то в условиях расхождения прогноза и при крайней выраженности эмоциональных переживаний (обиды, разочарования, недоумения), связанных с этой прогностической ошибкой, человек может не использовать потенциальных возможностей к совладанию с ситуацией и заболеет неврозом.

Под вероятностным прогнозированием понимается предвосхищение будущего, основанное на вероятностной структуре прошлого опыта и информации о наличной ситуации. Прошлый опыт и наличная ситуация дают основание для создания гипотез о предстоящем будущем, причем каждой из них приписывается определенная вероятность. В соответствии с таким прогнозом осуществляется пред-настройка — подготовка к действиям в предстоящей ситуации, приводящим с наибольшей вероятностью к достижению некоторой цели (И.М.Фейгенберг).

Эволюционно-биологический смысл организации вероятностного прогнозирования с наличием порога очевиден: при практически необозримом числе альтернативных ситуаций организм как бы упрощает эту сложную картину среды (В.М.Русалов, Д.А. Ширяев). Актуальной для него оказывается некоторая упрощенная модель среды, в которой имеется лишь несколько альтернатив, прогнозируемая вероятность которых больше порога.

В ряду психологических процессов, направленных на предсказание будущего выделяется три процесса — *вероятностное прогнозирование,* нацеленное на построение беспристрастной математической модели будущего; *экспектация* — ожидание, т.е. эмоционально . окрашенное и мотивационно подкрепленное представление о будущем с привлечением характеристик желанное-нежеланное; а также *антиципация,* подразумевающая кроме вышеперечисленных деятельностный аспект. Под антиципацией в психологии понимается способность (в самом широком смысле) действовать и принимать те или иные решения с определенным временно-пространственным упреждением в отношении ожидаемых, будущих событий (Б.ФЛо- . мов).

Клинические проявления невротических расстройств разнообразны. Они включают сотни психопатологических симптомов и синдромов. Остановимся на наиболее ярких и часто встречающихся в практике клинического психолога и врача общей практики.

Посттравматическое стрессовое расстройство возникает как отставленная или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, выходящего за рамки обыденных житейских ситуаций, которые способны вызвать дистресс практически у любого человека. Вначале к таким событиям были отнесены лишь военные действия (война во Вьетнаме, Афганистане). Однако, вскоре жизнь предоставила ученым широкое поле для изучения явления, которое перестало быть эксквизитным.

Постгравматическое стрессовое расстройство, как правило, обусловливается следующими факторами:

- военными действиями
- природными и искусственными катастрофами
- террористическими актами (в том числе, взятием в заложнии)
- службой в армии
- отбыванием заключения в местах лишения свободы

- насилием и пытками

Типичными признаками психического расстройства у участников перечисленных трагических событий являются эпизоды повторно-

го переживания психической травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), кошмарных сновидений, отчуждение от других людей, утрата интереса к жизни и эмоциональная притупленность, уклонение от деятельности и ситуаций, напоминающих о трагическом событии. Подобное психическое состояние нередко провоцирует иные аномальные формы поведения, нередко ведет к ад-дикциям, желанию отстраниться от реальности, уйти в мир фантазий и грез с помощью наркотических веществ или алкоголя.

Распространенность посттравматического стрессового расстройства уступает в настоящее время в условиях России социально-стрессовым расстройствам в широком понимании данного термина. Естественно, что количество лиц, подвергающихся прямому физическому и психическому насилию или участвовавших в боевых действиях несравнимо с числом тех, кто испытывает так называемый *«стресс повседневной жизни»* и находится в сложных жизненных ситуациях, не в последнюю очередь обусловленных макросоциаль-ными факторами.

По данным некоторых отечественных психиатров, количество сограждан, нуждающихся в лечебно-консультативной помощи психиатра, психолога или психотерапевта исчисляется десятками миллионов (Т.Б.Дмитриева). Считается, что наиболее часты среди социально-стрессовых расстройств: невротические и психосоматические нарушения, делинквентные и аддиктивные формы аномального поведения, донозологические психические расстройства психической адаптации.

Ю.ААлександровским описаны на примере российской действительности характеристики группы социально-стрессовых расстройств, определяемой складывающейся психогенно-актуальной для большого число людей социально-экономической и политической ситуацией. Их суть заключена в том, что складывающая в постсоциалистическом обществе социально-психологическая ситуация приводит к ломке общественного сознания и смене жизненных ориентиров десятков миллионов людей. Развивающиеся вследствие этого массовые проявления состояний психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации, по существу, являются *коллективной психической травмой,* естественной «экспериментальной моделью» социальных стрессовых расстройств. По мнению Ю ААлександровс-кого, основными причинами и условиями возникновения социально-стрессовых являются:

- макросоциальные общегрупповые психогении, изменяющие стереотип жизнедеятельности больших контингентов населения
- социально-стрессовые обстоятельства, носящие хронический, растянутый по времени характер, их динамика непосредственно определяет компенсацию и декомпенсацию невротических нарушений
- коренное изменение общественных отношений, выходящее за рамки обычного опыта
- смена системы культуральных, идеологических, моральных, религиозных представлений, норм и ценностей, остававшихся неизменными на протяжении жизни прежних поколений
- изменение социальных связей и жизненных планов
- нестабильность и неопределенность жизненного положения
- ухудшение соматического здоровья
- усиление декомпенсации невротических и патохарактероло-гических нарушений под воздействием «биогенного» воздействия экологических вредностей

Клинически социально-стрессовые расстройства проявляются невротическими симптомами такими как: вегетативные дисфункции, нарушения ночного сна, астенические и истерические расстройства, панические расстройства; и отклонениями поведения в виде заострения личностно-типологических черт характера, развитием саморазрушающей нецелесообразности поведения, утраты «пластичности общения» и способности приспосабливаться к происходящему с сохранением перспектив, появления цинизма, склонности к антисоциальным действиям.

В современных условиях психика многих людей оказывается недостаточно пластичной для быстрого и адекватного приспособления к стремительно меняющимся условиям жизни, что прибодит к развитию разнообразных поведенческих девиаций, связанных с кризисом идентичности. Б.С.Положий выделяет четыре варианта **кризиса идентичности**, проявляющегося как на донозологическом, так и на нозологическом уровне: *аномтеский, диссоциалъный, негативис-тический и магический.*

Под аномическим вариантом кризиса идентичности понимается поведение людей, характеризующееся утратой жизненного тонуса, прежних интересов, снижением активности и целеустремленности, своеобразной аутизацией, доминированием тревожно-депрессивного фона настроения, неверием в собственные силы, ощущением своей малозначимости, неспособности противостоять коллизиям судьбы.

Диссоциальный вариант кризиса идентичности выражается такими свойствами, как: стремление к агрессивному поведению по отношению к лицам, высказывающим несовпадающую с их точку зрения, абсолютная нетерпимость к окружающим, доминирование угрюмо-злобного аффекта, сочетающееся с легкой внушаемостью.

Негативистический вариант кризиса идентичности проявляется, в первую очередь, упрямством, нарочитым недовольством всеми и вся, скептически-пессимистической оценкой происходящего, уклонением от любой активности по декларируемой причине безрезультатности какой-либо деятельности.

В магический вариант кризиса идентичности входят такие поведенческие проявления как: бурный всплеск интереса ко всему необъяснимому, иррациональному, мистическому, переключение всей деятельности (даже в ущерб себе и близким) на активность в сфере поиска истины, разгадки тайн бытия.

Перечисленные выше расстройства могут быть как донозологи-ческого, так и клинического (собственно невротического) уровня. Их объединение обусловлено тесной связью с длительным, хроническим стрессом, обусловленным широкомасштабными социально-психологическими причинами. В посттравматическом, социально-стрессовом расстройствах и кризисах идентичности отражаются глобальные макросоциальные процессы, изменить которые личность не в силах. Если при микросоциальных контактах возможно действительное «продуцирование личностью психотравм», то при мак-росоциальных появление событий, становящихся психотравмирую-щими от личности человека не зависит.

К типичным психическим реакциям на стресс относятся *расстройства адаптации в виде депрессивных реакций, реакций с преобладанием тревоги или нарушением поведения, диссоциативные расстройства.*

Расстройства адаптации считаются состояниями субъективного дистресса и проявляются, в первую очередь, эмоциональными расстройствами в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию. Психотравмирующий фактор может поражать интегральность социальной сети человека (потеря близких, переживание разлуки), широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей, а также затрагивать микросоциальное окружение. В случае *депрессивного варианта* адаптационного расстройства в клинической картине появляются такие аффективные феномены как горе, понижение настроения, склонность к уединению, а также суицидальные мысли и тенденции. При *тревожном варианте* доминирующими становятся симптомы беспокойства, неусидчивости, тревоги и страха, спроецированной в буду-

шее, ожидание несчастья. Одним из своеобразных вариантов адаптационных расстройств считается **паническое расстройство**, характеризующееся повторяющимися приступами (атаками) тяжелой тревоги и паники, которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами и могут возникать непредсказуемо даже для самого человека. При этом возникают периоды выраженной тревоги с двигательным беспокойством, нарушениями поведения в виде ажитации (психомоторного возбуждения), страха приближающейся смерти, который проявляется тяжелыми вегетативными проявлениями: учащенным сердцебиением, болями в груди, ощущениями удушья, головокружением и чувством нереальности происходящего.

В условиях острых психических травм при невозможности, неумении или нежелании разрешить возникшие проблемы нередко наблюдается **диссоциативные (конверсионные) расстройства**. В целом,

они характеризуются частичной или полной утратой нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознание идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контролированием движений собственного тела, с другой. *Диссоциативная амнезия* проявляется потерей памяти на недавние существенно значимые события, вызвавшие шоковую аффективную реакцию. Как правило, больными амнсзируются несчастные случаи, трагедии, и нарушения памяти носят парциальный и селективный характер. *Диссоциативный ступор* характеризуется временным состоянием обездви-женности (ступора) вслед за воздействием острой психотравмы. Пациент может замирать на определенное время, слабо реагировать на внешние стимулы, быть отрешенным. Типичным для него является неподвижность и снижение активности в движениях. При *диссоциативной фуге* наблюдается сочетание признаков диссоциативной амнезии с внешне целенаправленными действиями, путешествиями, во время которых больной поддерживает упорядоченное поведение, ухаживает за собой. Длительность данного расстройства колеблется от нескольких дней до недели. *Трансы и состояния овладения,* в первую очередь, характеризуются временной потерей чувства личностной идентичности и осознавания окружающего. Нередко пациенты убеждены, что управляются другой личностью, духом, божеством или «силой». Они не всегда в состоянии контролировать свои поступки. *Возможно т.н. расстройство множественной личности, со*-провождающееся убежденностью человека в том, что он объединяет в себе две или более личностей, каждая из которых обладает полнотой, характеризуясь собственными предпочтениями, памятью, поведением. При этом, как правило, одна личность является доминан-

тной, а вторая — подчиненной. *Диссоциативные расстройства моторики* проявляются в виде расстройств движений, ощущений, утраты чувственного восприятия. Возможны признаки анестезии, потери чувств, глухоты, аносмии, «суждении полей зрительного восприятия». Психотическим вариантом реагирования на острый стресс являются *синдром Ганзера и пуэрильный синдром*. При синдроме Ган-зера вслед за психотравмирующим воздействием возникает сложное психическое расстройство, характеризующееся псевдодеменцией, неспособностью ответить на простые вопросы, мимоговорением («приблизительными ответами») и поведением глубоко интеллектуально сниженного человека. При пуэрильном синдроме поведение человека характеризуется детскостью. Речь становится шепелявой, используются типичные для детей неологизмы, коверкание слов, неправильное построение фраз, детские интересы в выборе игр и игрушек.

Длительные и хронические психотравмирующие воздействия на человека приводят к формированию типичных невротических симптомокомплексов: *астенического, депрессивного, ипохондрического, анан-кастического.* Значимым для диагностики невротических расстройств и отграничения их от неврозоподобных и иных психических нарушений является описанная К. Ясперсом **триада невротических расстройств**:

1. Невроз вызывается психической травмой.

2. Жизненное событие становится психотравмой и «звучит» в клинических симптомах в случаях повышенной значимости (оно подходит к личности «как ключ к замку»).

3. После исчезновения психической травмы или по прошествии времени невротические симптомы исчезают.

Астенический синдром в рамках невротических расстройств является неспецифическим ответом личности и организма на психотравму. Он проявляется такими симптомами как раздражительность, эмоциональной лабильность, непереносимость громких звуков, яркого света, периодах негодования в случаях критики или осуждения со стороны окружающих за те или иные поступки, снижении работоспособности в силу быстрой утомляемости, физической слабость и сонливость в течение дня, нарушения сна с преобладанием расстройств засыпания, кошмарных сновидений и отсутствие чувства свежести после пробуждения. Депрессивный синдром характеризуется выраженным понижением настроения, фиксацией на психотравмирующей ситуации, появлением мыслей о никчемности и бесперспективности жизни, невозможности найти

выход из сложившейся ситуации. Ипохондрический симптомокомплекс проявляется фиксацией внимания пациента на состоянии своего физического здоровья с преувеличением тяжести имеющихся расстройств, выискиванием несуществующих нарушений. Он может сопровождаться тревогой и страхом, а нередко и рентными установками.

Особое место в ряду невротических симптомокомплексов занимают ананкастические (навязчивые) состояния. Они представлены тремя вариантами (рисунок 15).

Под *обсессиями* понимают навязчивые мысли, воспоминания, представления, овладевающие сознанием больного и от которых он не может волевым усилием избавиться. Их иногда обозначают «умственной жвачкой». Мысли «приходят в голову», как бы, автоматически, тревожат пациента, мешают ему заниматься обычной деятельностью. Нередко встречаются навязчивое влечение запоминать имена и названия (ономатомания), навязчивых счет (арифмомания), при котором человек склонен постоянно подсчитывать какие-либо предметы — окна в домах, номера машин, ступени на лестнице.

Компульсии проявляются навязчивыми неподдающимися коррекции и полной контролируемости действиями. К ним относятся, например: тикозные расстройства, навязчивое непреодолимое обкусывание и проглатывание ногтей (онихофагия), выдергивание волос (трихотилломания), сосание пальцев. Встречаются также навязчивые двигательные ритуалы в виде навязчивого мытья рук с целью исключения случайного заражения, навязчивых поступков (псевдосуеверий) — носить сумку только пряжкой внутрь, не наступать на трещины в асфальте и т.д.

Фобии составляют самую многочисленную группу навязчивых состояний. Насчитывается более 300 форм навязчивых страхов. Наиболее известными являются социальные фобии, суть которых заключается в навязчивом страхе испытать внимание окружающих или совершить что-то, что могло бы вызвать неудовольствие со стороны участников коммуникации. К таким *социофобиям* относят: страх по-

краснения при людях (эрейтофобия), страх показаться смешным (скопофобия), страх неудержания газов в кишечнике или страх рвоты в обществе, страх рассмеяться на похоронах или в неподходящем месте, страх выкрикнуть бранное слово в аудитории и т.д. Нередко встречаются *нозофобии* — навязчивые страхи заболеть какой-либо болезнью: инфарктом миокарда (кардиофобия), раком (канцерофобия), сифилисом (сифилофобия), СПИДом (спидофобия), страх сойти с ума (лиссофобия), получить запредельную дозу облучения. Особыми видами фобий являются *агорафобия* и *клаустрофобия,* являющиеся по сути метафобиями, т.е. навязчивым страхом, возникающим вследствие существования у человека иных фобий. При агорафобии навязчивый страх затрагивает нахождение в открытых и больших пространствах (на улице, площади, в толпе), при клаустрофобии — в закрытых, замкнутых помещениях (лифте, вагоне поезда, салоне трамвая или автобуса). При этом, в первую очередь, возникает страх оказаться оставленным без помощи (например, потерять сознание). Клинически навязчивые страхи сопровождаются паническими атаками, выраженной тревогой, часто двигательным беспокойством и неусидчивостью.

Немаловажным для понимания механизмов формирования невротических расстройств является динамика появления симптомов и закономерная этапность клинических проявлений и психологический переживаний, манифестирующих, как правило, в первые же дни и даже часы после психотравмирующей ситуации. Выделяется четыре этапа неврозогенеза (В.Д.Менделевич).

На первом этапе *(когнитивном),* возникающем непосредственно вслед за действием психотравмирующей ситуации, психическая деятельность пациентов направлена на осознание случившегося. При этом больные могут находиться в различном эмоциональном состоянии — депрессивном, дисфорическом, апатическом, эйфоричес-ком, но чаще других полиморфном, которое вызывается ситуационными моментами и отработанными и апробированными стереотипами реагирования на кризисные, шоковые, фрустрирующие ситуации. Подавляющее

большинство больных пытается ответить себе на такие вопросы как: «Что же случилось, как это угрожает социальному, психологическому или какому-либо иному статусу, что думают по поводу события близкие люди (или участники и свидетели конфликта)» и прочее. Происходит своеобразная «ориентировка на местности» (*фаза ориентации*). Пациенты пытаются понять новые условия, в которые поставлены ситуацией, выявить отрицательные и положительные стороны нового статуса, т.е. «сориентироваться в настоящем». Ориентация в настоящем является лишь одной из сторон психологической ориентировки, другие — ориентировка в прошлом и будущем — возникают на иных этапах формирования невротических расстройств.

Во второй фазе когнитивного этапа больными производится оценочная психическая деятельность, т.е. событие ранжируется по значимости, степени влияния на всевозможные стороны жизни пациента, серьезности и принципиальности возникших изменений в связи с психотравмой. Кроме этого, *фаза оценки* используется больными для ответов на вопрос о причинах конфликта, виновниках возникшей ситуации. Как правило, тщательно и скрупулезно воспроизводится в памяти и анализируется ситуация и весь комплекс факторов, предшествовавших ей. При этом пациент в своих размышлениях иногда доходит до воспоминаний детства, обид, нанесенных ему в течение, жизни. Особо его интересует оценка степени собственной и чужой ответственности в происшедшем психотравмирующем событии, анализ того, что можно было бы изменить для того, чтобы этого не произошло. Размышления в стиле сослагательного накло-нейия доминируют в фазе оценки когнитивного этапа формирования невротических расстройств. По-прежнему симптоматика не носит строго оформленного характера, является полиморфной, однако по сравнению с первой фазой набор аффективных симптомов сужается до минимума. Практически не наблюдается эйфорического и апатического симптомокомплексом, доминирующей же оказывается депрессивная симптоматика. Структурирование выраженных аффективных синдромов происходит в основном на следующем этапе формирования невротических расстройств. Когнитивный этап — особенно в фазе оценки — играет существенную роль. Следует отметить, что определять эмоциональное состояние пациентов с помощью психопатологических дефиниций на первом этапе представляет значительные сложности и не может считаться корректным. Изучение клинических особенностей эмоциональных состояний на первом этапе показывает, что следует говорить, в основном, о таких психологических феноменах как разочарование, растерянность (аффект недоумения непсихотического уровня) и обида. Последний феномен оказывается базовым для дальнейшего формирования аффективных невротических симптомов и синдромов.

Анализ эмоциональных переживаний, наблюдаемых на первом (когнитивном) этапе формирования невротических расстройств показывает, что они базируются не только на мотивационных особенностях преморбидной личности, но и на некоторых когнитивных (познавательных) особенностях. Все первичные эмоциональные переживания формируются у больных на основе неожиданно возникавших психотравмирующих ситуаций, а фактор неожиданности отражал несовершенство (или, по крайней мере, специфику) механизмов антиципации. Как правило, обида — наиболее широко представленное на первом этапе психическое переживание — возникает вследствие несовпадения завышенного, излишне оптимистичного или доверчивого отношения к окружающим и реальной оценкой их действий в условиях конфликта или любого иного взаимоотношения. Сходная закономерность наблюдается и при аффекте разочарования, и при чувстве растерянности и недоумения.

Вслед за первым (когнитивным) этапом формирования невротических расстройств возникает второй — *аффективпо-мотивационный.* Длительность первого колеблется от нескольких дней до нескольких недель, продолжительность второго достигает нескольких месяцев. Аффективно-мотивационный этап можно считать наиболее хорошо изученным и описанным в неврозологической литературе. Он проявляется следующими симптомокомплексами: депрессивным, тревожно-депрессивным, фобическим, истерическим, ипохондрическим. Поведение больных на этом этапе полностью вытекает из аффективно насыщенной патологии, действия,диктуются эмоциональными переживаниями, воспоминаниями о психотравмирующем эпизоде и о продолжающемся психотравмирующем воздействии неразрешенного конфликта. Вероятностное прогнозирование будущего блокируется ярко выраженными аффективными расстройствами. Пациенты нацелены на поверхностный анализ происшедшего, своего поведения и поведения «обидчиков» или размышляют о настоящем

психическом неблагополучии, поскольку аффективные нарушения сочетаются с вегетативно-сосудистыми пароксизмами. Следует заметить, что на этом этапе внимание больных особенно привлекает свое самочувствие. Именно в этот период появляется комплекс **соматизированных** и **соматоформных расстройств**: цефалгий, вегетативных кризов, нарушений дыхания, пищеварения и прочих. Пациенты сосредоточены на настоящем, ищут помощи и сочувствия чаще в связи с психосоматическими проявлениями. Своеобразное «бегство в болезнь» может рассматриваться, с одной стороны, как уклонение от трезвой оценки реальности и неспособности разрешить конфликт, с другой, как невозможность, нежелание или неумение спрогнозировать варианты исходов неосознанно выбранного стереотипа собственных действий и поступков.

В дальнейшем наступает *антиципационный этап* формирования невротических расстройств. Он является определяющим в исходе невроза. В процессе антиципационной деятельности формируется альтернатива: либо пациент создает когнитивную базу для использования методов психологической компенсации и самостоятельно справляется с аффективной симптоматикой, либо особенности антиципации не позволяют ему применять психокоррекционные действия, и невротическая реакция переходит в стойкое невротическое состояние.

В группах больных неврозами в отличие от «неврозоустойчивых личностей» неврозогенез протекает по второму пути. При структурировании будущего пациенты нацелены на моновариантный прогноз, который заключается в однозначно пессимистической оценке исходов разрешения конфликта («ничего уже сделать нельзя»; «былого не вернуть»; «раньше надо было думать»), признании мало-значимости собственной роли в возможном разрешении ситуации («я — человек слабый, мне не по плечу поднять этот груз»; «что я могу сделать?»; «в моих ли это силах?»; «от меня ничего не зависит») и отказе представить себе пути положительной исхода ситуации. «Все будет плохо» — таков лейтмотив размышлений большинства пациентов на третьем этапе формирования невротических расстройств, что отражает т.н. *моновариантный тип вероятностного прогнозирования,* который доминирует при неврозах в сравнении с психически здоровыми лицами.

Четвертый *(поведенческий)* этап формирования невротических расстройств определяет выработку стратегии поведения в новых условиях, когда конфликт продолжает оставаться неразрешенным, и с психопатологическими феноменами сочетаются субъективно тяжело протекающие вегетативно-сосудистые и другие соматические эквиваленты психических расстройств. У больных стратегия поведения заключается как в типичных невротических реакциях и защитных механизмах действий (невротических ритуалах, ограничительных формах поведения и пр.), так и в специфических способах использования методов психологической компенсации (психокоррекции). Выделяется (В.Д.Менделевич) три типа использования больными неврозами методов психокоррекции: *«лимитированная», «дефицитарная» и «аттитюдная» психокоррекции.*

Клинически лимитированная психокоррекция проявляется в так называемой невозможности использовать методы психологической компенсации, при котором отмечается стереотипное поведение пациентов в конфликтных ситуациях. Основной ее характеристикой является стойкость, неизменность, ригидность поведения при очевидной даже для самого пациента дезадаптивности поведения: Пациенты, использующие лимитированную психокоррекцию, практически всю свою так называемую преморбидную жизнь находились в преневротическом состоянии. Их отличала повышенная сен-ситивность, ранимость, эмоциональная негибкость, трудности адаптации к новой обстановке. Их жизнь изобиловала различными запретами, табу, регламентациями. Подавляющее большинство из них были суеверными людьми. Причем суеверия оказывали определяющее, главенствующее влияние на их поведение, запрещая и разрешая те или иные действия. К тому же суеверия накапливались в процессе жизни с огромной интенсивностью, пронизывая все помыслы такого человека. Самым страшным представлялось нарушение предписанных суевериями действий. В этом ряду особо специфичным для больным неврозами оказывается народная традиция, закрепленная в поговорках и выражениях и в соответствии с которыми пациенты существуют. Это касается запрета думать и говорить о печальном, негативном, трагическом и нежеланном исходе какого-либо дела до его начала или в процессе деятельности («не думай ни о чем, что может кончиться плохо»), поскольку в противном случае возникает убежденность в фатальной неизбежности неудачи («не каркай!», «сглазишь»). Вследствие этого формируется, во-первых, антиципационная несостоятельность с

моновариантным типом вероятностного прогнозирования, во-вторых, предписывается ригидный стереотип мышления и деятельности. При использовании лимитированной психокоррекции человек в оценке ситуации руководствуется раз и навсегда данной ему в традициях схемой, в которой каждому событию, высказыванию и действию приписывается неизменная ценность и значимость и регламентируется стиль реагирования. Таким образом, при столкновении с психотравмирующим событием, оказывающимся неожиданным, пациент не имеет иных возможностей для реагирования за исключением единственного данного ему в процессе воспитания и обучения. Таким образом, невозможность использовать методы психологической компенсации (психокоррекции) в период невротического синдромообразования — на четвертом этапе — формируется на основе лимита психокоррекци-онных знаний и навыков. Пациент был вынужден реагировать традиционным для него (чаще всего неадекватным) невротическим способом и в силу ригидности установок не имеет возможности искать иные адекватные механизмы психокоррекции.

Дефицитарная психокоррекция отличается т.н. неумением больных использовать в период конфликта и невротического синдромообразования методы психологической компенсации (психокоррекции). В отличие от лиц, применяющих лимитированую психокоррекцию, при использовании дефицитарной преобладает не лимит — ограничение психокоррекционных способностей, связанный с преморбидными личностными, в том числе характерологическими особенностями, но их дефицит. В клинике дефицитарная психокоррекция отличается от лимитированной, во-первых, степенью осознания дезадаптнвности невротического стиля поведения, уклонения от разрешения конфликта, более реальной оценкой ситуации и собственной позиции и роли в психотравмирующих обстоятельствах; во-вторых, характером и степенью податливости под влиянием психотерапевтических советов врача или здравых мыслей родных и близких. Если при лимитированной психокоррекции никакие логические доводы, разъяснения, обоснования, исходящие от окружающих и направленные на оказание психологической помощи — сочувствия пациенту, не достигают цели в связи со стойкостью, ригидностью и непоколебимостью невротической концепции пациента, закрепившего в ней за каждым участником конфликта определенные роли, то при дефицитарной психокоррекции отмечается «психотерапевтический дрейф» в сторону более реалистичной оценки ситуации и способов выхода из нее. Вначале пациенты высказывают в ответ на психотерапевтические советы идею о том, что они понимают всю нелепость ситуации и предполагают как надо поступить для того, чтобы избежать психического расстройства или тягостных психических переживаний, однако не могут (не умеют, не в силах) этого сделать, поскольку им не хватает навыков преодоления фру-стрирующих ситуаций. Однако, постепенно в процессе рациональной психотерапии, пациенты апробируют предложенные способы и относительно быстро преодолевают невротическую симптоматику и восстанавливают прежний адекватный психологический стиль поведения.

Анализ преморбидных особенностей лиц, использующих дефи-цитарную психокоррекцию, показывает, что среди них на первый план выступают культуральные традиции, в которых не находится места обучению антиципационным механизмам, вероятностному прогнозированию и методам психологической компенсации. В воспитании избегают обсуждения кризисных, трагических ситуаций. На них накладывается табу. Прослеживается воспитание по типу наивного оптимизма.

Наряду с использованием лимитированной и дефицитарной психокоррекции, на четвертом (поведенческом) этапе формирования невротических расстройств, отмечается применение и аттитюдной психокоррекции. Если лимитированной психокоррекцией обозначается невозможность, дефицитарной — неумение, то под аттитюдной подразумевается нежелание больными в период неразрешенного конфликта предпринимать каких бы то ни было действий, ведущих к его прояснению или исчезновению симптоматики, и использовать методы психологичекой компенсации (психокоррекции). Суть аттитюдной психокоррекции заключается в клинически выявляемом уклонении от использования психокоррекционных мероприятий и нормализации собственного психического статуса. Доказательством этого служит, с одной стороны, «парциальность невротических расстройств», с другой, анамнестические сведения об особенностях действия пациентов в кризисных, фрустрирующих ситуациях. Под парциальностью невротических расстройств понимается их нестойкость, повышенная зависимость от изменения оттенков ситуации в сочетании с гротескностью предъявления жалоб.

В отличие от невротических симптомокомгшексов, возникающих при использовании лимитированной или дефицитарной психокоррекций, исчезновение и затухание которых происходит медленно с рядом типичных резидуальных явлений, с очевидной постепенной психологической переработкой конфликта и переориентацией личности, при аттитюдной психокоррекции отмечается резкая смена фаз невротической симптоматики, которые напрямую не зависимы от объективного изменения ситуации. Со стороны близких и родственников пациентов подобное нарочитое поведение оценивается нередко как симуляция психического заболевания с целью извлечения выгоды из сложившегося положения. Из анамнеза таких пациентов известно, что способности преодолевать психологичексие трудности, конфликты пациентами, использующими аттитюдную психокоррекцию, оцениваются окружающими высоко. Считается, что эти люди относятся к неврозоустойчивым, невозмутимым, легко выходящим из конфликта, как впрочем и продуцирующим конфликты. При этом отмечается, что когда невротическое положение расценивается ими как способное принести выгоду, они не стараются избегать или преодолеть его, что было свойственно им в других случаях. По сравнению с двумя вышеперечисленными группами, использующими лимитированную и дефицитарную психокоррекции, применение аттитюдной психокоррекции коррелирует с характерологическим преморбидом. Как правило, аттитюдная психокоррекция формируется на базе акцентуации характера по истерическому типу.

Психосоматические расстройства и заболевания

Реакцией личности на стресс или фрустрацию могут быть, с одной стороны, невротические расстройства, при которых преобладают психологические и психопатологические проявления, и психосоматические расстройства, проявляющихся, в первую очередь, соматическими эквивалентами психических расстройств, с другой стороны. Эти группы нарушений демонстрируют различные способы переработки внутриличностного конфликта: психический и соматический. Невротический способ может проявляться как в условиях острого, так и в условиях хронического стресса; психосоматический же способ в большей степени связан с хроническим воздействием фрустрации и стресса. Отличительными особенностями являются и индивидуально-психологические свойства человека, склонного к одному из перечисленных способов переработки конфликта.

Актуальность изучения психосоматических взаимовлияний достаточно аргументировать следующими фактами. По данным E.Stromgren и V.Lunn, не менее 30% больных, обращающихся с соматическими жалобами в поликлиники и стационары имеют невротические симптомы, а 22% лиц с жалобами психосоматического характера отнимают до 50% рабочего времени врача.

В качестве доказательства существенной значимости психологического состояния для формирования соматической болезни обратимся к хорошо известном экспериментам М.Селигмана по изучению состояний **«обученной беспомощности».** Две группы молодых крысят подвергались воздействию болезненных ударов электрическим током. В первой группе создавались условия, при которых крысята могли избежать наказания, если проявляли достаточное упорство в поиске способов спасения. Во второй же группе никакое поведение и никакие усилия не могли предотвратить ощутимых ударов током. Таким образом, происходило обучение крысят второй группы беспомощности, в то время как крысята первой группы приобретали опыт успешного противодействия стрессу. После того, как крысята подрастали, каждую из двух групп разбивали еще на две подгруппы. Одну из таких подгрупп вновь ставили в условия неустранимых болевых воздействий, а для другой создавали условия, при которых активный поиск спасения мог привести к предотвращению наказания. Таким образом, были сформированы четыре группы: 1) взрослые крысы, пережившие в раннем возрасте опыт беспомощности и опять попадавшие в безвыходную ситуацию; 2) взрослые крысы, пережившие в раннем возрасте опыт беспомощности и оказавшиеся в ситуации, которую в принципе можно преодолеть; 3) взрослые крысы, получившие в прошлом опыт преодоления неприятной ситуации и поставленные в условия, в которых объективно нет путей для спасения; 4) взрослые крысы, которые после опыта преодоления стрессорной ситуации вновь оказывались в такой же ситуации, т.е. могли справиться с ней при проявлении достаточной активности. Крысам всех четырех групп приживляли злокачественную опухоль. Оказалось, что и течение опухоли, и характер поведения во взрослом состоянии во многом определялся опытом

раннего детства. Крысы с обученной ранее беспомощностью не предпринимали серьезных усилий для спасения даже в тех случаях, когда спасение объективно было возможно, они вели себя пассивно, и приживленные опухоли росли у них быстро. Напротив, крысы, получившие в прошлом опыт успешного сопротивления, активно искали выход, даже в безнадежной ситуации, и хотя они постоянно получали отрицательное подкрепление, т.е. свидетельства бесполезности своей активности, они в большинстве своем сохраняли активность, и опухоли у них отторгались.

Этот эксперимент указывает на роль особенностей поведения на развитие заболеваний, и его можно рассматривать как типичный для, психосоматических взаимовлияний не только у животных.

Под **психосоматическими расстройствами** понимаются симптомы и синдромы нарушений соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта,

- 335 -

Существует несколько моделей формирования психосоматических расстройств: *а) психофизиологическая, б) психодинамическая, в) системно-теоретическая, г) социопсихосоматическая.*

Психофизиологическая модель. Основоположником изучения психофизиологическиих взаимосвязей считается И.П.Павлов, впервые описавший условные и безусловные рефлексы. Безусловные рефлексы соответствуют инстинктам и побуждениям и являются врожденными. Условные же рефлексы формируются вследствие научения с целью адаптации к окружающему миру. В экспериментах на животных можно добиться формирования т.н. *«экспериментального невроза»* в результате закрепления условно-рефлекторных связей. В дальнейшем психофизиологическая модель была дополнена исследованиями Cannon и Selye. Cannon обнаружил, что экстремальные ситуации готовят организм к «борьбе или бегству». По Cannon, человек находится в готовности переживания, которая позволяет ему опознавать определенные события как экстремальные. Эта готовность к переживанию превращается в готовность к физическим действиям. При этом для появления сопутствующих телесных реакций не имеет значения, идет ли речь о ложном истолковании или об истинном. Основываясь на данных Cannon, Selye описал патогенез стресса, введя понятие *адаптационного синдрома* — неспецифической реакции организма, в которой различают три фазы: тревоги, сопротивления и истощения, ведущими с соматическим изменениям.

Психодинамические концепции. Традиционно отправной точкой психосоматики считаются впервые описанные S.Freud конверсионные симптомы при истерии (слепота, глухота, двигательные нарушения). Основываясь на исследованиях S.Freud, Alexander предложил термин «вегетативный невроз», симптомы которого являются не попыткой выражения подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. Alexander задал важное направление психосоматическим исследованиям, указав, что «специфичность клинических проявлений следует искать в конфликтной ситуации». Некоторые ученые пытались найти взаимосвязи между соматическими реакциями и постоянными личностными параметрами. Shur предложил теорию «десоматизации и ресо-матнзации», объясняющую возникновение психосоматических симптомов вследствие нарушения бессознательного резгкрования,из-за «ресоматизации». Uexkuefl предложил термин «болезни готовности», при которых происходит переход эмоций в телесную реакцию, причем готовность может хронифицироваться и приводить к нараста-

-336-

нию активации органных функций. В соответствии с данной точкой зрения, заболевание развивается в случаях, когда разрешения состояния готовности оказывается невозможным. Это может быть следствием нарушения созревания или потери мотива на основе вытеснения. Важным этапом развития науки было оиисание Sifheos понятия *«алекситимия»,* обозначающее неспособность человека к эмоциональному резонансу. Психосоматические пациенты значительно отличаются от невротиков, которые готовы «выговориться» о своих проблемах. Т.е. вербальное поведение невротиков отличается от поведения психосоматических больных, для которых

характерны обеднение словарного запаса и неспособность вербализовать конфликты. Близкой является точка зрения N.Peseschkian, трактующая психосоматические симптомы как «способность говорить языком органов о том, что в настоящий момент нет других средств справиться с конфликтом». Имеется точка зрения о том, чта психосоматические больные не в состоянии адекватно перерабатывать свои переживания потери объекта, воспринимая ее как нарциссическую травму. Потеря остается непреодоленной и возникающая депрессия может вызывать телесные нарушения (Engel, Schmale).

Системно-теоретические модели. Системная концепция понимает человека как открытую подсистему в иерархическом ряду других открытых подсистем. Это воззрение уточняет Gunthern, который пытается охватить индивидуума в целостной системной концепции и описывает различные уровни организма — физиологический, когнитивный, эмоциональный и трансактный. Изменения на одном из уровней действуют в качестве стимуляторов на другом уровне, вызывая тем самым соматические расстройства.

Социопсихосоматика. Понятие «социопсихосоматика» было введено Schaefer. Delius считал, что социопсихосоматика начинается тогда, «когда тот, кто озабочен состоянием здоровья, кто болен или чувствует себя больным, во взаимодействии с врачом или медицинским работником осознает свою уязвимость относительно своих человеческих и социальных проблем». Таким образом, психосоматическая болезнь является следствием неправильного развития отношений между индивидуумом и социальным структурами, в которые он включен.

Психосоматическая медицина различает три группы психосоматических расстройств:

- конверсионные симптомы
- функциональные синдромы (органные неврозы)
- психосоматические заболевания (психосоматозы)

-337-

При конверсионных симптомах невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку (Б.Любан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер). Симптом имеет символический характер, а демонстрация симптомов может пониматься как попытка разрешения конфликта. Отнесение конверсионных симптомов к психосоматическим можно считать обоснованным в тех случаях, когда они не сопровождаются иными диссоциативными (конверсионными) расстройствами, в частности психопатологическими (амнезией, фугой, трансом, состояниями овладения). В противном случае их следует рассматривать как невротические.

Функциональные синдромы являются наиболее типичными и хорошо известными врачам общей практики. Они представляют собой набор симптомов, затрагивающих разные органы и системы: сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, дыхательную, мочеполовую и двигательную.

Из расстройств сердечно-сосудистой системы типичными являются т.н. *«неврозы сердца», гиперкинетический сердечный синдром, пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии и синдром вегетативно-сосудистой (нейроциркуляторной) дистонии.* В понятие «невроза сердца», или функциональных нарушений сердечного ритма включают нарушения сердечной деятельности, проявляющиеся тахикардией, ощущением учащенного сердцебиения, сердечными спазмами и короткими аритмиями (Б.Любан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер). Пациенты указывают на чувство сдавливания в области сердца, сопровождающееся одышкой, разнообразными парестезиями, страхом удушья и развития инфаркта миокарда. Наиболее распространенным является синдром вегетативно-сосудистой дистонии. С учетом разделения вегетативной нервной системы на симпатический и парасимпатические отделы и преобладание в клинической картине проявлений затронутости одного из них, синдром вегето-сосудистой дистонии проявляется в двух формах: *симпатикотонической и вагоинсулярной.* При симпатикотонической форме преобладают бледность и сухость кожи, похолодание конечностей, блеск глаз и легкий экзофтальм, неустойчивость температуры, склонность ктахикардии, тахипноэ, тенденция к повышению артериального давления, мышечная дрожь, парестезии, зябкость, неприятные ощущения в области сердца. Для ваготонии характерны холодная, влажная, бледная кожа, гипергидроз и гиперсаливация, яркий красный дермографизм, брадикардия, тенденция к артериальной

гипотонии, дыхательная аритмия, склонность к обморокам и прибавке в массе. В рамках функциональных расстройств синдром вегетативно-сосудистой дистонии может проявляться как пароксизмально, так и перманентно.

К психовегетативным симптомам причисляют также нарушения цикла сон-бодрствование (в виде *гиперсомнического и агрипнического синдромов)* и нарушения терморегуляции (например, *субфибрилитет).* Под функциональными (истерическими) гиперсомниями понимают нарушения бодрствования в виде длительной спячки человека, наступающей вслед за сильными эмоциональными переживаниями, В литературе наиболее длительный случай истерической гиперсомнии, продолжавшийся 164 дня наблюдал Gairdner. Агрипнический синдром характеризуется стойкой бессонницей и связанными с ней вегетативным проявлениями. Субфебрилитет как реакция организма на психоэмоциональные воздействия характеризуется повышением температуры тела и неадекватными температурными реакциями.

Типичными функциональными синдромами нарушений дыхательной системы являются *гипервентиляционный синдром, кашель «закатывание», т.н. «невротический дыхательный синдром», или «дыхание вздохами».* Синдром гипервентиляции характеризуется ускорением и учащением дыхания, связанным с чувством нехватки воздуха, стеснения в груди и компульсивно глубоким дыханием. У больного могут появляться такие симптомы как судорожное сведение конечностей, парестезии в области рта и конечностей, нередко аэрофагия и метеоризм. При невротическом дыхательном синдроме дыхание характеризуется часто прерываемыми углубленными вдохами, удлиненным шумным выдохом. Больные указывают на невозможность вздохнуть «полной грудью», отмечая скованность грудной клетки («дыхательный корсет»). Кашель «закатывание» проявляется надрывностью, чувством неудовлетворения после каждого следующего откашливания. Он может проявляться т.н. «подкашливаниями» — своеобразными двигательными актами, целью которых является устранения дискомфорта в дыхательном горле («снятия пленки или слизи»).

Расстройства, затрагивающие желудочно-кишечный тракт, разделяются на функциональные симптомы и нарушения пищевого поведения. К первым относятся: *аэрофагия, метеоризм, запоры и диарея;* ко вторым — *анорексия и булимия.* При аэрофагии происходит заглатывание человеком большого количества воздуха с формирующимся чувством переполнения желудка и потребностью освободить его от воздуха. Именно поэтому частым симптомом аэрофагии считается громкая насильственно совершаемая отрыжка воздухом. Пациенты склонны с целью устранения чувства дискомфорта в области желудка неоднократно и часто совершать отрыжку. При этом не всегда она достигает цели, и требуется многократное повторение данного действия. Признаками метеоризма выступают неприятное «бурление и урчание» в животе, сопровождающееся чувством дискомфорта, а иногда и болью. Расстройства пищевого поведения в виде нервной анорексии заключается в исчезновении у человека в силу эмоциональных переживаний и психологических причин аппетита. Он склонен отказываться от пищи, что нередко сопровождается рвотой. Булимия характеризуется противоположными признаками: частым появлением очерченных во времени приступов голода и связанного с ним переедания, а также активным контролем веса путем частых рвот или использования слабительных.

К функциональным расстройств мочеполовой системы обычно причисляют функциональные сексуальные расстройства: *психогенную импотенцию, аноргазмию, вагинизм, диспареунию, преждевременную эйякуляцию.* Симптом психогенной импотенции проявляется нарушением эрекционной составляющей копулятивного цикла, исчезновением достаточной для совершения коитуса эрекции при сохраненном уровне либидо. Преждевременная эйякуляция характеризуется семяизвержением либо до начала коитального контакта, либо в процессе его, но до достижения оргазма партнершей. Оба перечисленных синдрома, возникающих у мужчины, сопровождаются глубокими психологическими переживаниями и вторичными соматоформными расстройствами. Функциональные сексуальные нарушения у женщин включают утрату способности испытывать удовлетворении при сексуальном взаимодействии (аноргазмия), появление болевых и иных неприятных ощущений- во время коитального контакта (диспареуния) и спастическое сокращение мышц влагалища при подготовке к коитальному контакту или гинекологическому обследованию (вагинизм).

Отдельными симптомами функциональных психосоматических расстройств считаются *болевой синдром и зуд.* Первый проявляется двумя формами *психогенной болью и фантомной*

болью. Участие психологических факторов в формировании болевых ощущений общепризнанно. Однако, ученые выделяют самостоятельную форму боли — психогенную, в тех случаях, когда говорить о иных факторах, вызывающих ее можно лишь условно. Часто психогенная боль сочетается с другими функциональными расстройствами. Так, в рамках диспареунии основных симптомом является боль, возникающая в половых органах женщины только при коитальном контакте, тогда как гинекологическое обследование не обнаруживает болевых ощущений. При фантомной боли больные ощущают боль в ампутированной конечности. При этом возникают ощущения покалывания, распирания, жжения, чувство холода или тяжести. Психогенный кожный и аногенитальный зуд характеризуются выраженным ощущением жжения либо на поверхности кожи, либо в области промежности. Почесывание и прикосновения становятся самоцелью, однако не снимают симптомов зуда, а лишь усиливают проявления зуда.

К группе психосоматозов, или психосоматических заболеваний в узком смысле относятся соматические болезни, роль психического фактора в этиопатогенезе которых является существенной, а иногда главенствующей. Психический фактор в случаях психосоматических заболеваний Выступает в виде личностной предиспозиции, выборе специфических способов переработки конфликтов и традиционных характерологических стилей поведения во фрустрирующих ситуациях.

Описан спектр психосоматических заболеваний (рисунок 17), на одном краю которого располагаются соматические заболевания, роль психического фактора в происхождении которых максимальна, на другом — минимальна.

К классическим психосоматическим заболеваниям, называемым «святой семеркой» («holy seven»), относят болезни, роль психологических факторов в этиопатогенезе которых считается доказанной:

эссенциальная гипертония

язвенная болезнь 12-перстной кишки

бронхиальная астма

сахарный диабет

нейродермиты

ревматоидный артрит

язвенный колит

Близко к этому полюсу располагаются такие заболевания как: гипертиреоз, миома матки, ишемическая болезнь сердца и некоторые др.

Основными параметрами личности, склонной к формированию *эссенциальной гипертонии,* считается интерперсональное напряжение между агрессивными импульсами, с одной стороны, и чувством зависимости, с другой. Alexander считал, что появление гипертонии обусловлено желанием открыто выражать враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптированном поведении. Данный конфликт можно охарактеризовать, как конфликт между такими противоречивыми личностными устремлениями как одновременная нацеленность на прямоту, честность и откровенность в общении и вежливость, учтивость и избегание конфликтов. В условиях стресса такой человек склонен сдерживать собственную раздражительность и подавлять желание ответить обидчику. По мнению В.С.Ротенберга, подавление отрицательных эмоций у человека в период стресса, сопровождающегося естественным повышением артериального давления, способно ухудшить общее состояние человека и даже способствовать развитию инсульта.

Другой внутриличностный конфликт характер для людей со склонностью к заболевания *язвенной болезнью 12-перстной кишки.* У человека в связи с некоторыми особенностями воспитания в раннем детстве формируется своеобразный характер, приводящий к тому, что индивид испытывает во взрослом состоянии постоянную потребность в защите, поддержке и опеке. При этом в нем одновременно воспитано и уважение к силе, самостоятельности и независимости, к которым он стремится. В результате происходит столкновение двух

взаимоисключающих потребностей (в опеке и самостоятельности), что приводит к неразрешимому конфликту и язвенной болезни. Oveibeck и Biebl предложили типологию язвенных больных в зависимости от некоторых психологических параметров их личности. Они выделили пять типов.

При *бронхиальной астме* отмечаются противоречия между «желанием нежности» и «страхом перед нежностью». Такой конфликт описывается как конфликт «владеть-отдать». Люди, страдающие бронхиальной астмой часто обладают истерическими или ипохондрическими чертами характера, но они не способны при этом «выпустить гнев на воздух», что провоцирует приступы удушья. Кроме того, отмечается такое качество астматиков, как сверхчувствительность, в особенности к запахам, которая связана с пониженной аккуратностью.

Личность больного *сахарным диабетом* описывается как в обязательном порядке включающая чувство хронической неудовлетворенности. Однако, считается, что в отличие от представителей других психосоматических заболеваний не существует определенного диабетического типа личности. К *нейродермитам* психосоматического генеза относят *экзему и псориаз.* Пациенты часто характеризуются пассивностью, им трудно дается самоутверждение. При *язвенном колите* замечено возникновение заболевания после переживаний «потери объекта» и «катастроф переживания». У больных отмечается заниженная самооценка, чрезмерная чувствительность к собственным неудачам и сильное стремление к зависимости и опеке. Заболевание часто рассматривают как эквивалент печали. Для пациентов в *ревматоидным артритом* специфичными считаются «застывшая и преувеличенная позиция» пациента, демонстрация высокого уровня самоконтроля. Характерна также тенденция к самопожертвованию и преувеличенной готовности помощь окружающим. При этом отмечается «агрессивная окраска помощи».

Следует отметить, что перечисленные личностные и характерологические особенности пациентов с психосоматическими заболеваниями не следует абсолютизировать. Они лишь отражают общие тенденции.

Наиболее разработанными являются психологические типы личности, склонные к ишемической болезни сердца. *Коронарный тип личности А,* предрасположенный к инфаркту миокарда, включает в себя такие свойства, как высокий уровень притязаний, выраженное влечение к достижению цели, стремление к конкурентной борьбе. Такой человек постоянно испытывает дефицит времени для выполнения своих многочисленных планов, находится в цейтноте. Он одержим стремлением сделать все лучше и быстрее других, систематически преодолевая чувство усталости. Практически он никогда не позволяет себе расслабиться, постоянно напряжен. Его рабочий день расписан по минутам. Ишемия может возникнуть в случае появления неконтролируемой человеком ситуации, утрате им контроля и самообладания. Попадая в такие ситуации, человек вначале начинает энергично предпринимать усилия по восстановлению контроля над ситуацией, поскольку бессилие разрешить конфликт унижает, его в собственных глазах. Но если эта активность (даже гиперактивность) не приводит к немедленному успеху и неэффективность действий становится очевидной для индивида, он дает реакцию капитуляции и заболевает. Противоположностью типа личности А является тип В, у которого стенокардия и инфаркт миокарда встречаются вдвое реже.

На противоположном психосоматическому полюсу спектра может, к примеру находится, травматически-ортопедическая патология, хотя и в ее структуре можно усмотреть психологические корни. К примеру, фактом можно считать влияние антиципационной несостоятельности и нарушений вероятностного прогнозирования у больных, склонных к поясничному остеохондрозу. У таких пациентов оказывается нарушенной преднастройка к двигательным актам, которая опосредуется психическими процессами и психологическими качествами человека.

Резюмируя изложенный в данной главе материал, укажем, что невротические, соматоформные и психосоматические расстройства часто встречаются в практике клинического психолога, что требует знаний диагностических критериев данных расстройств, а также представлений об их этиопатогенетических корнях. Построение эффективного психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии этих расстройств напрямую связано с теоретическими воззрениями практического психолога-психотерапевта.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

Вопрос I. Выделяются все нижеследующие научные платформы, оценивающие этиопатогенез невротических расстройств за исключением:

а) антипсихиатрическая

б) нейрофизиологическая

в) психологическая

г) социально-психологическая

д) астрологическая

Вопрос 2. Жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям, называется:

а) стрессом

б) психотравмой

в) стрессом

г) дистрессом

д) эустрессом

Вопрос 3. Наиболее важной характеристикой жизненного события, способного вызвать невротические расстройства является его:

а) тяжесть

б) выраженность

в) длительность

г) глубина

д) значимость

Вопрос 4. Количественная оценка патологичности жизненных событий носит название шкалы:

а) Холмса-Рея

б) Кандинского-Клерамбо

в) Мясищева-Карвасарского

г) Пезешкианов

д) Фрейда

Вопрос 5. Невротический конфликт, который характеризуется чрезмерно завышенными претензиями личности, сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих, обозначается:

а) истерическим

б) обсессивно-психастеническим

в) неврастеническим

г) психопатическим

д) ипохондрическим

Вопрос 6. Условно-патогенные психические травмы связаны, в первую очередь, с:

а) системой «условной приятности»

б) симуляцией

в) системой отношений личности

г) нравственными приоритетами личности

д) свойствами темперамента и характера

Вопрос 7. Антиципационная концепция неврозогенеза отмечает принципиальную значимость:

а) совпадения по времени психической травмы и возрастного криза

б) попадания психотрамы в «точку наименьшего сопротивления»

в) катастрофичности психических травм

г) длительности действия психических травм

д) неспрогнозированности психических травм

Вопрос 8. Наибольшую роль в появлении и формировании невротических расстройств играют свойства:

а) высшей нервной деятельности

б) темперамента

в) характера

г) личности

д) все ответы верны

Вопрос 9. Посттравматическое стрессовое расстройства связано, в первую очередь, с:

а) стрессом повседневной жизни

б) событиями, выходящими за рамки обыденного жизненного опыта

в) семейно-бытовыми конфликтами

г) событиями, сочетающими психологическое воздействие и черепно-мозговую травму

д) событиями, затрагивающими карьеру человека

Вопрос 10. Расстройства, возникающие вследствие складывающейся психогенно-актуальной для большого число людей социально-экономической и политической ситуацией, обозначаются:

а) социально-стрессовыми психическими расстройствами

б) макросоциальными стрессовыми расстройствами

в) посттравматическим стрессовым расстройством

г) невротическими расстройствами

д) личностными девиациями

Вопрос 11. К вариантам кризиса идентичности относятся все нижеследующие за исключением:

а) магического

б) мистического

в) аномического

г) негативистического

д) диссоциального

Вопрос 12. Расстройства, характеризующиеся частичной или полной утратой нормальной интеграции между памятью на прошлое, нарушением осознания идентичности и непосредственных ощущений, а также нарушениями контролирования движений собственного тела называются:

а) истерическими

б) гистрионическими

в) нарциссическими

г) психосоматическими

д) конверсионными (диссоциативными).

Вопрос 13. Диссоциативный ступор характеризуется:

а) состоянием психомоторного возбуждения

б) состоянием обездвиженности

в) чередованием состояний обездвиженности и возбуждения

г) состоянием громкого плача

д) состоянием благодушия

Вопрос 14. Поведение человека вслед за острой психотравмой, характеризующееся детскостью, встречается при:

а) синдроме Мюнхаузена

б) синдроме Ганзера

в) синдроме Алисы в стране чудес

г) пуэрильном синдроме

д) ювенильном синдроме

Вопрос 15. К.Ясперс описал принципиальную за диагностики невротических расстройств:

а) триаду

б) тетраду

в) альтернативу

г) дилемму

д) теорему

Вопрос 16. Обсессии входят в структуру:

а) истерического синдрома

б) неврастенического синдрома

в) ипохондрического синдрома

г) ананкастического синдрома

д) депрессивного синдрома

Вопрос 17. Агорафобия — это

а) навязчивый страх замкнутых помещений

б) навязчивый страх гор

в) навязчивый страх высоты

г) навязчивый страх открытых пространств

д) навязчивый страх движущихся предметов

Вопрос 18. Выделяются все нижеперечисленные этапы формирования невротических расстройств за исключением:

а) когнитивный

б) аффективно-мотивационный

в) антиципационный

г) психокоррекционный

д) поведенческий

Вопрос 19. У больных с невротическими расстройствами, как правило, встречается:

а) нормовариантный тип вероятностного прогнозирования

б) поливариантный тип вероятностного прогнозирования

в) моновариантный тип вероятностного прогнозирования

г) мультивариантный тип вероятностного прогнозирования

д) торпидный тип вероятностного прогнозирования

Вопрос 20. Нежелание больных в период неразрешенного конфликта предпринимать каких бы то ни было действий, ведущих к его прояснению или исчезновению симптоматики, а также использовать методы психологической компенсации, обозначается:

а) дефицитарной психокоррекцией

б) лимитированной психокоррекцией

в) симулятивной психокоррекцией

г) аддиктивной психокоррекцией

д) аттитюдной психокоррекцией

-347-

Вопрос 21. Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку при:

а) ипохондрических симптомах

б) конверсионных симптомах

в) функциональных симптомах

г) невротических синдромах

д) псевдоневротических синдромах

Вопрос 22. Психосоматические заболевания формируются, как правило, вследствие:

а) острых психических травм

б) хронических психических травм

в) неожиданных психических травм

г) внутриличностного конфликта

д) межличностного конфликта

Вопрос 23. К классическим психосоматическим заболеваниям, входящим в т.н. «святую семерку» причисляют все нижеследующие за исключением:

а) инфаркта миокарда

б) сахарного диабета

в) ревматоидного артрита

г) язвенного колита

д) бронхиальной астмы

Вопрос 24. Основным, внутриличностным конфликтом при гипертонической болезни является конфликт:

а) между потребностями властвовать и подчиняться

б) между агрессивными импульсами и чувством зависимости

в) между потребностями в опеке и самостоятельности

г) между потребностями владеть и отдавать

д) между любовью и враждебностью по отношению к родителям

Вопрос 25. Коронарный тип личности А предрасполагает к:

а) эссенциальной гипертонии

б) язвенной болезни

в) сахарному диабету

г) инсульту

д) инфаркту миокарда

Вопрос 26. Тип личности В не предрасполагает к:

а) эссенциальной гипертонии

б) язвенной болезни

в) сахарному диабету

г) инсульту

д) инфаркту миокарда

Вопрос 27. Такие качества, как высокий уровень притязаний, выраженное влечение к достижению цели, стремление к конкурентной борьбе входят в структуру:

а) типа личности А

б) типа личности В

в) типа личности С

г) типа личности D

д) всех перечисленных типов личности

Вопрос 28. Боль, возникающая в половых органах женщины только при коитальном контакте и затрудняющая или исключающая их, называется:

а) фригидностью

б) вагинизмом

в) диспареунией

г) аноргазмией

д) фантомной болью

Вопрос 29, Агрипнический синдром — это

а) невротическое расстройство, провоцирующееся инфекционными заболеваниями

б) невротическое расстройство в виде патологической сонливости

в) невротическое расстройство в виде бессонницы

г) невротическое заикание

д) невротические тики

Вопрос 30. Бледность и сухость кожи, похолодание конечностей, блеск глаз и легкий экзофтальм, неустойчивость температуры, склонность к тахикардии, тахипноэ, тенденция к

повышению артериального давления, мышечная дрожь, парестезии, зябкость, неприятные ощущения в области сердца встречается при:

а) гипервентиляционном синдроме

б) симпатикотонической форме вегетососудистой дистонии

в) вагоинсулярной форме вегетососудистой дистонии

г) аэрофагии

д) диарее

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

М.Г.Айрапетянц, А.М.Вейн. Неврозы в эксперименте и в клинике. М., 1982, 272 с.

Ю.А.Александровский. Пограничные психические расстройства. М., 1993, 400 с.

Д.Н.Исаев. Психосоматическая медицина детского возраста. Санкт-Петербург, 1996, 454 с.

Б.Д.Карвасарский. Неврозы. М., 1990, 576 с.

Е.Любан-Плоцца, В.Мельдингер, Ф.Крегер. Психосоматический больной на приеме у врача. Санкт-Петербург, 1994, 245 с.

ВД.Менделевич. Как предупредить невроз. Казань, 1988.

ВДМенделевич. Антиципационные механизмы неврозогенеза. // Психологический журнал. 1996,4.

В.Н.Мясищев. Личность и неврозы. Л., 1960,400 с.

Н.Пезешкиан. Психосоматика и позитивная психотерапия. М., 1996, 464с.

В.С.Ротенберг, В.В.Аршавский. Поисковая активность и адаптация. М, 1984.

АМ. Свядощ. Неврозы. Л., 1982, 368 с.

В,Д.Тополянскйй, М.В.Струковская. Психосоматические расстройства. М., 1986, 384 с.

Г.К. Ушаков. Пограничные нервно-психические расстройства М., 1987, 304с.

Д. Фурст. Невротик, его среда и внутренний мир. М., 1957, 376 с.

Глава 8
ПСИХОЛОГИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Широкая область научного знания охватывает **аномальное, девиантное поведение** человека. Существенным параметров такого поведения выступает отклонение в ту или иную стороны с различной интенсивностью и в силу разнообразных причин от поведения, которое признается нормальным и не отклоняющимся. В предьщущих главах приводились характеристики нормального и даже гармоничного поведения: сбалансированность психических процессов (на уровне свойств темперамента) адаптивность и самоактуализация (на уровне характерологических особенностей) и духовность, ответственность и совестливость (на личностном уровне). Также, как норма поведения базируется на этих трех составляющих индивидуальности, так и аномалии и девиации основываются на их изменениях, отклонениях и нарушениях. Таким образом, девиаитное поведение человека можно обозначить как *систему поступков или отдельные поступки, противоречащих принятым в обществе нормам и проявляющихся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением.*

Считается, что взрослый индивид изначально обладает стремлением к «внутренней цели», в соответствии с которой производятся все без исключения проявления его активности («постулат

сообразности» по В.А.Петровскому). Речь идет об изначальной адаптивной направленности любых психических процессов и поведенческих актов. Выделяют различные варианты «постулата сообразности»: *гоме-остатический, гедонический, прагматический.* При гомеостатическом варианте постулат сообразности выступает в форме требования к устранению конфликтности во взаимоотношениях со средой, элиминация «напряжений», установлению «равновесия». При гедонистическом варианте действия человека детерминированы двумя первичными аффектами: удовольствием и страданием, и все поведение интерпретируется как максимизация удовольствия и страдания. Прагматический вариант использует принцип оптимизации, когда во в главу угла ставится узкопрактическая сторона поведения (польза, выгода, успех).

Основой оценки девиантного поведения человека является анализ его взаимодействий с реальностью, поскольку главенствующий принцип нормы — адаптивность — исходит из приспособления (адаптивности) по отношению к чему-то и кому-то, т.е. реальному окружению индивида. Взаимодействия индивида и реальности можно представить шестью способами (рисунок 18).

При *противодействии реальности* индивид активно пытается разрушать ненавистную ему действительность, изменять ее в соответствии с собственными установками и ценностями. Он убежден, что все проблемы, с которому он сталкивается обусловлены факторами действительности, и единственным способом достижения своих целей является борьба с действительностью, попытка переделать реальность под себя или максимально извлечь выгоду из нарушающего нормы общества поведения. При этом ответом со стороны действительности по отношению к такому индивиду становится также противодействие, изгнание или попытка изменить индивида, подстроить его под требования реальности. Противостояние реальности встречается при криминальном иделинквеитном поведении.

Болезненное противостояние реальности обусловлено признаками психической патологии и психопатологическими расстройствами (в частности, невротическими), при котором окружающий мир воспринимается враждебным в связи с субъективным искажением его восприятия и понимания. Симптомы психического заболевания нарушают возможность адекватно оценить мотивы поступков окружающих и вследствие этого эффективное взаимодействие с окружением становится затруднительным. Если при противостоянии реальности здоровый человек осознанно выбирает путь борьбы с действительностью, то при болезненном противостоянии у психически больного человека данный способ взаимодействия является единственным и вынужденным.

Способ взаимодействия с действительностью в виде *ухода от реальности* осознанно или неосознанно выбирают люди, которые расценивают реальность негативно и оппозиционно, считая себя неспособными адаптироваться к ней. Они могут также ориентироваться на нежелание приспосабливаться к действительности, «не заслуживающей того, чтобы к ней приспосабливались» по причине несовершенства, консервативности, единообразия, подавления экзистенциальных ценностей или откровенно антигуманной деятельности.

Игнорирование реальности проявляется автономизацией жизни и деятельности человека, когда он не принимает в расчет требования и нормы реальности, существуя в собственном узкопрофессиональном мире. При этом не происходит ни столкновения, ни противодействия, ни ухода от реальности. Каждый существует как бы сам по себе. Подобный вариант взаимодействия с реальностью довольно редок и встречается лишь у небольшого числа повышенно одаренных, талантливых людей с гиперспособностями в какой-либо одной области.

Гармоничный человек выбирает *приспособление к реальности.* Однако, нельзя однозначно исключать из ряда гармоничных индивидов лиц, которые используют, к примеру, способ ухода от реальности. Это связано с тем, что реальность, также как и отдельный индивид может носить негармоничный характер. Например,

добровольное приспособление к условиям авторитарного режима, разделение его ценностей и выбор соответствующего поведения нельзя рассматривать как гармоничное.

Для того, чтобы оценить типы девиантного (отклоняющегося) поведения необходимо представлять от каких именно норм общества они могут отклоняться. Норма — *это явление группового сознания в виде разделяемых группой представлений и наиболее частных суждений*

членов группы о требованиях к поведению с учетом их социальных ролей, создающих оптимальные условия бытия, с которыми эти нормы взаимодействуют и, отражая, формируют его (К.К.Платонов). Выделяют следующие нормы, которым следуют люди:

- правовые нормы
- нравственные нормы
- эстетические нормы

Правовые нормы оформлены в виде свода законов и подразумевают наказание при их нарушении, нравственные и эстетические нормы не регламентированы столько строго и при их несоблюдении возможно лишь общественное порицание. Отдельно в рамках каждой их вышеперечисленных общественных норм описывают *нормы сексуального поведения.* Это обусловлено повышенной значимостью сексуального и полоролевого поведения человека, а также частотой девиаций и перверсий именно в этой интимной сфере жизнедеятельности человека. При этом нормы сексуального поведения регулируются как на уровне права, так и на уровне нравственности и эстетики. Девиантным поведением считается такое, при котором наблюдаются отклонения хотя бы от одной из общественных норм.

В зависимости от способов взаимодействия с реальностью и нарушения тех или иных норм общества девиантное поведение разделяется на пять типов (рисунок 19):

Девиантным поведением считается любое по степени выраженности, направленности или мотивам поведение, отклоняющееся от критериев той или иной общественной нормы. При этом критерии обусловливаются нормами следования правовым указаниям и рег-ламентациям (нормы законопослушания), моральным и нравственно-этическим предписаниям (т.н. общечеловеческим ценностям), этикету. Некоторые из данных норм имеют абсолютные и однозначные критерии, расписанные в законах и указах, другие — относительные, которые передаются из уст в уста, транслируются в виде традиций, верований или семейных, профессиональных и общественных регламентации.

Разновидностью преступного (криминального) поведения человека является делиннквентное поведение — отклоняющееся поведение в крайних своих проявлениях представляющее уголовно наказуемое деяние. Отличия делинквентного от криминального поведения коренятся в тяжести правонарушений, выраженности антиобщественного их характера. Правонарушения делятся на преступления и *проступки.* Суть проступка заключается не только в том, что он не представляет существенной общественной опасности, но и в том, что отличается от преступления мотивами совершения противоправного действия.

К.К.Платонов выделил следующие типы личности преступник ков: 1) определяется соответствующими взглядами и привычками, внутренней тягой к повторным преступлениям; 2) определяется неустойчивостью внутреннего мира, личность совершает преступление под влиянием сложившихся обстоятельств или окружающих лиц; 3) определяется высоким уровнем правосознания, но пассивным отношением к другим нарушителям правовых норм; 4) определяется не только высоким уровнем правосознания, но и активным противодействием или попытками противодействия при нарушении правовых норм; 5) определяется возможностью только случайного преступления. В группу лиц с делинквентным поведением относят представителей второй, третьей и пятой групп. У них в рамках волевого сознательного действия в силу индивидуально-психологических особенностей *нарушается или блокируется процесс предвосхищения будущего* результата деликта (проступка). Такие индивиды легкомысленно, часто под влиянием внешней провокации совершают противоправное деяние, не представляя его последствий. Сила побудительного мотива к определенному действию тормозит анализ отрицательных (в том числе, и для самого человека) его последствий. Нередко делинквентные действия опосредуются ситуамионно-импульсными или аффектогенными мотивами. В основе ситуационно-импульсных преступных действий лежит тенденция к разрешению внутреннего конфликта, под которым понимается наличие неудовлетворенной потребности (С.А. Арсентьев). Реализуются ситуационно-импульсные мотивы, как правило, без этапа предварительного планирования и выбора адекватных объектов, целей, способов и программы действия для удовлетворения актуальной потребности.

Делинквентное поведение может проявляться, к примеру, в озорстве и желании развлечься. Подросток из любопытства и за компанию может бросать с балкона тяжелые предметы (или еду) в прохожих, получая удовлетворение от точности попадания в «жертву». В виде шалости человек может позвонить в диспетчерскую аэропорта и предупредить о якобы заложенной в самолете бомбе. С целью привлечения внимания к собственной персоне («на спор») молодой человек может попытаться залезть на телевизионную башню или украсть у учителя из сумки записную книжку.

Аддиктивное поведение — это одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций (Ц.П.Короленко, ТАДонских).

Основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение неудовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Такому человеку не удается обнаружить в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь надолго его внимание, увлечь, обрадовать или вызвать иную существенную и выраженную эмоциональную реакцию. Жизнь видится ему неинтересной, в силу ее обыденности и однообразности. Он не приемлет того, что считается в обществе нормальным: необходимости что-либо делать, заниматься какой-нибудь деятельностью, соблюдать какие-то принятые в семье или обществе традиции и нормы. Можно говорить о том, что у индивида с аддиктивной нацеленностью поведения значительно снижена активность в обыденной жизни, наполненной требованиями и ожиданиями. При этом аддиктивная активность носит избирательный характер — в тех областях жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его

из мира эмоциональной стагнации (бесчувственности), он [начинает] проявлять недюжинную активность для достижения цели. Выделяются следующие психологические особенности лиц диктивными формами поведения (B.Segal):

1. Сниженная переносимость трудностей повседневной наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций
2. Скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством.
3. Внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами.
4. Стремление говорить неправду.
5. Стремление обвинять других, зная, что они невиновны.
6. Стремление уходить от ответственности в принятии решений.
7. Стереотипность, повторяемость поведения.
8. Зависимость.
9. Тревожность.

Основными, в соответствии с имеющимися критериями, особенностями индивида со склонностью к аддиктивным формам поведения является рассогласование психологической устойчивости в случаях обыденных отношений и кризисов. В норме, как правило, психически здоровые люди легко («автоматически») приспосабливаются к требованиям обыденной (бытовой) жизни и тяжелее переносят кризисные ситуации. Они, в отличие от лиц с разнообразными аддикциями, стараются избегать кризисов и волнующих нетрадиционных событий.

Классическим антиподом аддиктивной личности выступает *обыватель* — человек, живущий, как правило, интересами семьи, родственников, близких людей и хорошо приспособленный к такой жизни. Именно обыватель вырабатывает устои и традиции, становящиеся общественно поощряемыми нормами. Он консервативен по своей сути, не склонен что-либо менять в окружающем мире, довольствуется тем, что имеет («маленькими радостями жизни»), старается

исключить риск до минимума и гордится своим «правильным образом жизни». В отличии от него аддиктивной личности напротив претит традиционная жизнь с ее устоями, размеренностью и прогнозируемостью, когда «еще при рождении знаешь, что и как произойдет с данным человеком». Предсказуемость, заданность собственной судьбы является раздражающим моментом аддиктивной личности. Кризисные же ситуации с их непредсказуемостью, риском и выраженными аффектами являются для них той почвой, на которой они обретают уверенность в себе, самоуважение и чувство превосходства над другими. У аддиктивной личности отмечается *феномен «жажды острых ощущений»* (ВА.Петровский), характеризующийся побуждением в риску, обусловленным опытом преодоления опасности.

По мнению E.Bern, у человека существует шесть видов голода:

- голод по сенсорной стимуляции
- голод по признанию
- голод по контакту и физическому поглаживанию
- сексуальный голод
- структурный голод, или голод по структурированию времени
- голод по инцидентам

В рамках аддиктивного типа поведения каждый из перечисленных видов голода обостряется. Человек не находит удовлетворение чувства голода в реальной жизни и стремится снять дискомфорт и неудовлетворение реальностью стимуляцией тех или иных видов деятельности. Он пытается достичь повышенного уровня сенсорной стимуляции (отдает приоритет интенсивным воздействиям, громкому звуку, резким запахам, ярким изображениям), признания неординарностью поступков (в том числе, сексуальных), заполненности времени событиями.

Вместе с тем, объективно и субъективно *плохая переносимость трудностей повседневной жизни,* постоянные упреки в неприспособленности и отсутствии жизнелюбия со стороны близких и окружающих формируют у аддиктивных личностей *скрытый «комплекс неполноценности».* Они страдают от того, что отличаются от других, от того, что неспособны «жить как люди». Однако, такой временно возникающий «комплекс неполноценности» оборачивается гипер-компенсаторной реакцией. От заниженной самооценки, навеваемой окружающими, индивиды переходят сразу к завышенной, минуя адекватную. Появление чувства превосходства над окружающими выполняет защитную психологическую функцию, способствуя поддержанию самоуважения в неблагоприятных микросоциальных условиях — условиях конфронтации личности с семьей или коллективом. Чувство превосходства зиждется на сравнении «серого обывательского болота», в котором находятся все окружающие и «настоящей свободной от обязательств жизни» аддиктивного человека.

Учитывая тот факт, что давление на таких людей со стороны социума оказывается достаточно интенсивным, аддиктивным личностям приходится подстраиваться под нормы общества, играть роль

«своего среди чужих». Вследствие этого, он научается формально исполнять те социальные роли, которые ему навязываются обществом (примерного сына, учтивого собеседника, добропорядочного коллеги). *Внешняя социабельность,* легкость налаживания контактов сопровождается манипулятивным поведением и поверхностностью эмоциональных связей. Такой человек *страшится стойких и длительных эмоциональных контактов* вследствие быстрой потери интереса к одному и тому же человеку или виду деятельности и опасения ответственности за какое-либо дело. Мотивом поведения «закоренелого холостяка» (категорического отказа связать себя узами брака и иметь потомство) в случае преобладания аддиктивных форм поведения может быть *страх ответственности* за возможную супругу и детей и зависимости от них.

Стремление говорить неправду, обманывать окружающих, а также обвинять других в собственных ошибках и промахах вытекают из структуры аддиктивной личности, которая пытается скрыть от окружающих собственный «комплекс неполноценности», обусловленный неумением жить в соответствии с устоями и общепринятыми нормами.

Таким образом, основным в поведение аддиктивной личности является стремление к уходу от реальности, страх перед обыденной, наполненной обязательствами и регламентациями «скучной» жизнью, склонность к поиску запредельных эмоциональных переживаний даже ценой серьезного риска и неспособность быть ответственным за что-либо.

Уход от реальности совершается при аддиктивном поведении в виде своеобразного «бегства», когда взамен гармоничному взаимодействию со всеми аспектами действительности происходит активация в каком-либо одном направлении. При этом человек сосредоточивается на узконаправленной сфере деятельности (часто негармоничной и разрушающей личность), игнорируя все остальные. В соответствии с концепцией N.Peseschkian, существует четыре вида «бегства» от реальности: *«бегство в тело», «бегство в работу», «бегство в контакты или одиночество» и «бегство в фантазии»* (рисунок 20).

При выборе ухода от реальности в виде *«бегства в тело»* происходит замещение традиционной жизнедеятельности, направленной на семью, служебный рост или хобби, изменение иерархии ценностей обыденной жизни, переориентация на деятельность, нацеленную лишь на собственное физическое или психическое усовершенствование. При этом гиперкомпенсаторным становится увлечение оздоровительными мероприятиями (т.н. «паранойя здоровья»), сексуальными взаимодействиями (т.н. «поиск и ловля оргазма»), собственной внешностью, качеством отдыха и способами расслабления. *«Бегство в работу»* характеризуется дисгармоничным фиксацией на служебных делах, которым человек начинает уделять непомерное в сравнении с другими областями жизни время, становясь трудоголиком. Изменение ценности коммуникации формируется в случае выбора поведения в виде *«бегства в контакты или одиночество»,* при котором общение становится либо единственно желанным способом удовлетворения потребностей, замещая все иные, либо количество контактов сводится до минимума. Склонность к размышлениями, прожектам при отсутствии желания что-либо воплотить в жизнь, совершить какое-нибудь действие, проявить какую-нибудь реальную активность называется *«бегством в фантазии».* В рамках подобного ухода от действительности появляется интерес к псевдофилософским исканиям, религиозному фанатизму, жизни в мире иллюзий и фантазий. Более подробно об отдельных формах ухода от реальности будет рассказано ниже.

Под **<u>патохарактерологическим типом девиантного поведения</u>** понимается поведение, обусловленное патологическими изменениями характера, сформировавшимися в процессе воспитания. К ним относятся т.н. *расстройства личности (психопатии) и явные, и выраженные акцентуации характера.* Дисгармоничность черт характера приводит к тому, что изменяется вся структура психической деятельности человека. В выборе своих поступков он часто руководствуется не реалистичными и адекватно обусловленными мотивами, а существенно измененными «мотивами психопатической самоактуализации». Сущностью данных мотивов является ликвидация личностного диссонанса, в частности рассогласования между идеальным «Я» и самооценкой. По данным Л.М.Балабановой, при *эмоционально-неустойчивом расстройстве личности (возбудимой психопатии)* наиболее частым мотивом поведения является стремление к реализации неадекватно завышенного уровня притязаний, тенденция к доминированию и властвованию, упрямство, обидчивость, нетерпимость к противодействию, склонность к самовзвинчиванию и поискам поводов для разрядки аффективного напряжения. У лиц с *истерическим расстройством личности (истерической психопатией)* мотивами девиантного поведения выступают, как правило, такие качества, как эгоцентризм, жажда признания, завышенная самооценка. Переоценка своих реальных возможностей ведет к тому, что ставятся задачи, соответствующие иллюзорной самооценке, совпадающей с идеальным «Я», но превышающие возможности личности. Важнейшим мотивационным механизмов является стремление к манипулированию окружающими и контролю над ними. Окружение рассматривается лишь как орудия, которые должны служить удовлетворению потребностей данного человека. У индивидов с *ананкаст-ными и тревожными (уклоняющимися) личностными расстройствами (психастенической психопатией)* патологическая самоактуализация выражается в сохранении ими привычного стереотипа действий, в уходе от перенапряжений и стрессов, нежелательных контактов, в сохранении личностной независимости. При столкновении таких людей с окружающими, с непосильными задачами в силу ранимости, мягкости, низкой

толерантности к стрессу они не получают положительного подкрепления, чувствуют себя обиженными, преследуемыми.

К патохарактерологическим девиациям относят также т.н. *невротические развития личности* — патологические формы поведения и реагирования, сформированные в процессе неврозогенеза на базе невротических симптомов и синдромов. В большей степени они представлены обсессивными симптомами в рамках обсессивного развития (по Н.Д. Лакосиной). Девиации проявляются в виде невротических навязчивостей и ритуалов, которые пронизывают всю жизнедеятельность человека. В зависимости от их клинических проявлений человек может выбирать способы болезненного противостояния реальности. К примеру, человек с навязчивыми ритуалами может подолгу и в ущерб своим планам совершать стереотипные действия (открывать и закрывать двери, определенное количество раз пропускать подходящий к остановке троллейбус), целью которых является снятие состояния эмоционального напряжения и тревоги.

К сходному параболезненному патохарактерологическому состоянию относят поведение в виде *поведения, основанного на символизме и суеверных ритуалах.* В подобных случаях поступки человека зависят от его мифологического и мистического восприятия действительности. Выбор действий строится на основе символического истолкования внешних событий. Человек, например, может отказаться от необходимости совершить какой-либо поступок (жениться, сдавать экзамен и даже выйти на улицу) в связи с «неподходящим расположением небесных светил» или иными псевдонаучными трактовками действительности и суевериями.

Психопатологический тип девиантного поведения основывается на психопатологических симптомах и синдромах, являющихся проявлениями тех или иных психических заболеваний. Как правило, мотивы поведения психически больного остаются непонятными до тех пор, пока не будут обнаружены основные признаки психических расстройств. Пациент может проявлять отклоняющееся поведение в силу нарушений восприятия — галлюцинаций или иллюзий (например, затыкать уши или к чему-то прислушиваться, искать несуществующий объект, разговаривать с собой), нарушений мышления (высказывать, отстаивать и пытаться добиваться поставленных целей на основе бредового истолкования действительности, активно ограничивать сферы своего общения с окружающим миром в силу навязчивых идей и страхов), совершать нелепые и понятные поступки или месяцами бездействовать, совершать стереотипные вычурные движения или надолго застывать в однообразной позе из-за нарушений волевой активности.

Разновидностью патохарактерологического, психопатологического и аддиктивного типов девиантного поведения является *саморазрушающее (аутодеструктивное) поведение.* Суть его заключается в том, что система поступков человека направлена не на развитие и личностный рост, и не на гармоничное взаимодействие с реальностью, а на деструкцию личности. Агрессия направляется на себя (аугоагрес-сия), внутрь самого человека, тогда как действительность рассматривается как что-то оппозиционное, не дающее возможности полноценной жизни и удовлетворения насущных потребностей. Аутоде-струкция проявляется в виде суицидального поведения, наркотизации и алкоголизации и некоторых других разновидностей девиаций. Мотивами к саморазрушающему поведению становятся адцикции и неспособность справляться с обыденной жизнью, патологические изменения характера, а также психопатологические симптомы и синдромы.

Особым типом отклоняющегося поведения считают **девиации, обусловленные гиперспособностями человека** (К.К.Платонов). Выходящими за рамки обычного, нормального рассматривают человека, способности которого значительно и существенно превышают среднестатистические способности. В подобных случаях говорят о проявлениях одаренности, таланта, гениальности в какой-либо одной из деятельностей человека. Отклонение в сторону одаренности в одной области часто сопровождается девиациями в обыденной жизни. Такой человек оказывается часто неприспособленным к «бытовой, приземленной» жизни. Он неспособен правильно понимать и оценивать поступки и поведение других людей, оказывается наивным, зависимым и неподготовленным к трудностям повседневной жизни. Если при делинквентном поведение наблюдается противоборство во взаимодействии с реальностью, при аддиктивном — уход от реальности, при патохарактерологическом и психопатологическом — болезненное противостояние, то при поведении, связанном с гиперспособностями — *игнорирование*

реальности. Человек существует в реальности («здесь и теперь») и одновременно как бы живет в собственной реальности, не размышляя о необходимости «объективной реальности», в которой действуют другие окружающие люди. Он расценивает обычный мир как что-то малозначимое, несущественное и поэтому не принимает никакого участия во взаимодействии с ним, не вырабатывает стиля эмоционального отношения к поступкам и поведению окружающих, принимает любое происходящее событие отрешенно. Вынужденные контакты воспринимаются человеком с гиперспособностями как необязательные, временные и не воспринимаются как значимые для его личностного развития. Внешне в обыденной жизни поступки такого человека могут носить чудаковатый характер. К примеру, он может не знать как пользуются бытовыми приборами, как совершаются обыденные действия. Весь интерес сосредоточен у него на деятельности, связанной с неординарными способностями (музыкальными, математическими, художественными и иными).

Девиантное (отклоняющееся) поведение имеет следующие **клинические формы**:

- агрессия
- аутоагрессия (суицидальное поведение)
- злоупотребление веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности (алкоголизация, наркотизация, табакокурение и др.)
- нарушения пищевого поведения (переедание, голодание)
- аномалии сексуального поведения (девиации и перверсии)
- сверхценные психологические увлечения («трудоголизм», гемблинг, коллекционирование, «паранойя здоровья», фанатизм религиозный, спортивный, музыкальный и пр.)
- сверхценные психопатологические увлечения («философическая интоксикация», сутяжничество и кверулянство, разновидности маний — клептомания, дромомания и др.)
- характерологические и патохарактерологйческие реакции (эмансипации, группирования, оппозиции и др.)
- коммуникативные девиации (аутизация, гиперобщительность, конформизм, псевдология, нарциссическое поведение и др.)
- безнравственное и аморальное поведение
- неэстетичное поведение

Каждая их клинических форм может быть обусловлена любым типом девиантного поведения, а иногда мотивом выбора той или иной формы служит несколько разновидностей отклоняющегося поведения одновременно. Так, к примеру, алкологизация может быть связана с аддикциями (уходом от реальности); с патологией характера, при которой употребление и злоупотребление спиртными напитками выступает в роли своеобразной терапевтической компенсации и снятия внутриличностного конфликта; с психопатологическими проявлениями (маниакальным синдромом) или с сознательным доведением себя до определенного психического состояния с целью совершения делинквентных поступков. Частота представлен-ности вышеперечисленных форм девиантного поведения при различных типах представлены в таблице 17.

Таблица 17

Частота представленности клинических форм девиантного поведения при различных его типах

	Делинквентный	Аддиктивный	Патохарактерологический	Психопатологический	На базе гиперспособностей
агрессия	**•	*		**	

аутоагрессия		*	♦•*♦	**	
злоупотребление веществами			*•*	■**	*
нарушения пищевого поведения		*	♦♦♦	**	
аномалии сексуального поведения	*			♦♦*	*
сверхценные психологические увлечения			*♦♦		**•
сверхценные психопатологические увлечения			***		
характерологические реакции	*	♦		•*	
коммуникативные девиации	•		***	***	•
безнравственное и аморальное поведение		*	*	*	
неэстетич-ное поведение	*		**•	••	*•

Обозначения: **** — данная форма *всегда иди почти всегда* обусловлена данным типом девиантного поведения, *** — *часто,* ** — *иногда,* * — *редко.*

-365-

Ниже будут приведены клинические формы девиантного поведения с конкретизацией психологических и психопатологических механизмов их формирования.

Агрессивное поведение

Агрессией называется физическое или вербальное поведение, направленное на причинения вреда кому-либо. Агрессия может проявляться в прямой форме, когда человек с агрессивным поведением не склонен скрывать это от окружающих. Он непосредственно и открыто вступает в конфронтацию с кем-либо из окружения, высказывает в его сторону угрозы или проявляет агрессивность в действиях. В косвенной форме агрессия скрывается под личиной неприязни, ехидства, сарказма или иронии и оказании, таким образом, давления на жертву.

Существуют следующие виды агрессивных действий (Басе, Дарки): 1) физическая агрессия (нападение); 2) косвенная агрессия (злобные сплетни, шутки, взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топании ногами и т.д.); 3) склонность к раздражению (готовность к появлению негативных чувств при малейшем возбуждении); 4) негативизм (оппозиционная манера поведения от пассивного сопротивления до активной борьбы); 5) обида (зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные сведения); 6) подозрительность в диапазоне от недоверия и

осторожности до убеждения, что все другие люди приносят вред или планируют его; 7) вербальная агрессия (выражение негативных чувств как через форму — ссора, крик, визг, так и через содержание словесных ответов — угроза, проклятия, ругань).

Различные виды агрессивных действий могут быть обусловлены различными факторами и входить в структуру разных типов девиантного поведения. Наиболее яркий вид — физическая агрессия в виде нападения на жертву — как правило отражает криминальное поведение, хотя может встречаться и при делинквентном типе отклоняющегося поведения. Агрессивность психически больных и лиц с психической патологией в виде психопатологического и патохарактерологического типов отклоняющегося поведения отличается лишь особенностями мотивации и симптоматикой заболеваний. Криминогенное же значение психических аномалий заключается в том, что они при главенствующей роли социально приобретенных особенностей личности, взаимодействуя с ними, облегчают совершение преступления, выступая не причиной, а внутренним условием (Ю.М. Антонян, С.В. Бородин).

-366-

Условно можно говорить о *конструктивной и неконструктивной формах* агрессии (по терминологии Э.Фромма — доброкачественной и злокачественной). Различие перечисленных форм заключается в намерениях, предшествовавших проявлению агрессивности. При конструктивной злой, преступный умысел нанести кому-либо из окружающих вред отсутствует, тогда как при неконструктивной он является основой выбора именно данного способа взаимодействия с людьми.

Конструктивная форма агрессии может названа также *псевдоагрессией.* Э. Фромм описывает в рамках псевдоагрессивного поведения *непреднамеренную, игровую, оборонительную, инструментальную агрессии, агрессию как самоутверждение.* Непреднамеренная агрессия может быть признаком психопатологического типа девиантного поведения, в частности, при олигофрении или иных синдромах, сопровождающихся снижением интеллекта. Суть ее заключается в нарушении способности больного олигофренией или деменцией правильно оценивать действия окружающих и собственные реакции, неумении просчитать и спланировать последствия собственных дейт ствий. Вследствие этого, к примеру, дружеское рукопожатие может закончиться переломом костей кисти руки, а душевные объятия — болезненным удушением. Признаки инфантилизма и интеллектуальной недостаточности способны привести к тяжелым последствиям и в рамках игровой агрессии, когда человек как бы «заигрывается» в пылу эмоциональной вовлеченности и не соизмеряет силу и выраженность движений в отношении партнера по игре или совместной деятельности. Агрессивность как удовлетворение потребности в самоутверждении и самоуважении, как правило, встречается при патохарактерологическом типе девиантного поведения. Она является неотъемлемой составной частью эмоционально неустойчивого и истерического расстройств личности, при которых часто вспышки гнева, раздражения и физической агрессии не имеют преднамеренного злого умысла, а формируются как ответные реакции по механизмам «короткого замыкания» или «смещенного аффекта».

Преимущественно т.н. конструктивная агрессивность встречается при таких психопатологических синдромах, как *астенический (церебростенический, неврастенический) и истерический.* В рамках астенического и истерического симптомокомплексов агрессивность проявляется раздражительностью, обидчивостью, вспышками гнева, а также вербальной агрессией. Особенно часто вербальная агрессия и раздражительность встречаются при истерическом синдроме в рамках истерического расстройства личности. Человек с подобными рас-

- 367 -

стройствами эмоционально негативно реагирует на попытки окружающих уличить его во лжи, притворстве, срыве истерической маски, привлечения его к ответственности за собственные поступки, т.е. на ситуации, в которых происходит блокада удовлетворения основной потребности истерика — быть в центре внимания и оказываться значимым для окружающих. Действия, которые приводят к невозможности индивида с истерическими чертами характера оказываться «заметным*, «быть на виду», «управлять вниманием окружающих» способствуют бурным аффективным реакциям с элементами агрессии. Особенно красочными представляются вербальные проявления агрессивности истерика. В силу хорошо развитой способности говорить

он склонен в условиях конфликта проявлять виртуозные речевые способности, использовать красочные сравнения с негативными литературными образами или поведением животных, облекать это в форму ненормативной лексики и использовать угрозы и шантаж, прибегать к сверхобобщениям и крайним степеням оскорблений. Как правило, агрессия при истерическом синдроме не выходит за рамки вербальной. Встречается лишь битье посуды, выбрасывание и уничтожение вещей, порча мебели, но не прямая агрессия с насилием.

Неконструктивная агрессивность является признаком либо криминального поведения, либо психопатологического. В первом случае агрессивность человека опосредуется его осознаваемым деструктивным отношением к реальности и окружающим его людям, оппозиционной стратегией и тактикой взаимодействия с действительностью, которая расценивается враждебной. Во втором — она обусловлена психопатологическими симптомами и синдромами, чаще других — затрагивающими сферу восприятия, мышления, сознания и воли.

Наиболее часто агрессивность значительной степени выраженности (часто неподдающаяся волевой коррекции) входит в структуру таких психопатологических синдромов, как: *эксплозивный, психоорганический, дементный, кататонический, гебефренический, параноидный (галлюцинаторно-параноидиый), паранойяльный, парафренный, психического автоматизма, делириозный, сумеречного расстройства сознания.*

При эксплозивном и психоорганическом синдромах, встречающихся при эмоционально неустойчивом расстройстве личности, эпилептических изменениях личности или в отдаленном периоде органических поражений головного мозга (вследствие черепно-мозговых травм, атеросклероза, алкоголизма и др.) агрессия носит, в

отличие от агрессии при истерическом и астеническом симптомокомплексах, характер физической и нередко делинквентной. Пациент склонен агрессивно реагировать при малейшей оскорбительной для него ситуации, которые в действительности могут быть объективно безобидными. Он взрывчат, вспыхивает мгновенно по типу «короткого замыкания». Контроль за своими действиями утрачивается им вслед за появлением бурных негативных эмоций, которые нарушают процесс осмысленного понимания ситуации. Агрессия при психоорганическом синдроме носит затяжной характер в силу ригидности аффекта и застревания на одних и тех же эмоциях. Типичным становится злопамятность, мстительность, враждебность. Преступления, совершаемые больными эпилепсией с изменениями личности, являются самыми жестокими и кровавыми, особенно если у пациента имеется тенденция к сумеречному расстройству сознания. При этом агрессивные действия направляются против мнимых преследователей. Больной «замечает», что они готовят на него покушение и пытается упредить их. Сумеречное расстройство сознания начинается и заканчивается остро. После него пациент может не помнить, что совершил агрессию против окружающих.

При деменции различного генеза (атеросклеротической, травматической, нейроинфекционной, атрофической и иной) пациент совершает агрессивные действия вследствие неправильного понимания поведения и высказываний окружающих. Нередко больной усматривает обидные слова, брошенные в его адрес, пристальный взгляд, действия, нацеленные на ущемление его прав. Часто пациент агрессивен, будучи убежденным, что близкие родственники или соседи специально выводят его из состояния душевного равновесия. Они как будто бы крадут или портят его вещи, продукты питания, специально создают шум, «плохую атмосферу», придираются по мелочам. Агрессивность часто сочетается с ворчливостью, брюзжанием, недовольством всем и вся, подозрительностью.

Агрессивность при кататоническом и гебефреническом синдромах, встречающихся, как правило, при шизофрении носит выраженный неконструктивный характер в силу того, что является немотивированной, непрогнозируемой, нецеленаправленной и разрушительной. Ее основой служит симптом импульсивных действий — неожиданных для окружающих и самого человека эпизодов физической агрессии, сопровождающихся угрюмостью, неконтактностью, неконтролируемостью, настойчивостью и решительностью. Такой больной может внезапно ударить случайного прохожего, бросить камень, укусить рядом находящегося человека и вновь заняться своими делами. Отмечается неадекватность и неустойчивость аффекта: от угрюмости, молчаливости до дурашливости, неуместного гримасничанья и вычурного смеха. Нередким

спутником агрессии при кататоническом и гебефреническом синдромах бывает негативизм. Он проявляется в активной и пассивной формах: пациент, с одной стороны, может активно отказывать от того, что предлагается со стороны окружающих; с другой, совершать поступки, когда его них не просят.

В рамках психопатологических синдромов, при которых основным проявлением являются бредовые идеи (паранойяльный, параноидный, парафренный, синдром психического автоматизма), агрессивность обусловлена ложной интерпретацией действительности. При бредовых синдромах, характеризующихся ложной убежденностью больного в том, что его преследуют, за ним следят, им манипулируют, его обкрадывают, ему причинять физический вред, агрессивные реакции носят оборонительный и упреждающий оттенок. Известен феномен «преследования преследователей», когда пациент сам начинает готовить расправу с обидчиками, не дожидаясь их агрессивных действий. При парафренном синдроме, сопровождающимся бредом величия, агрессивность обусловлена непризнанием общественностью или конкретными людьми заслуг пациента. При синдроме психического автоматизма возможна появление кинестетической его формы, характеризующейся убежденностью больного в том, что его действиями управляют со стороны. Агрессия при этом рассматривается им как непреднамеренная, вынужденная мера, которой он неспособен противостоять.

Синдромы расстроенного сознания (делириозный и сумеречного помрачения сознания) сопровождаются агрессивным поведением пациентов из-за того, что психические нарушения включают яркие зрительные галлюцинаторные образы, которые склонны к угрозам в адрес больного. Агрессия носит ответный и защитный характер.

Аутоагрессивное поведение

Аутоагрессивное поведение в отличие от агрессивного направлено на причинения вреда самому человеку, а не его окружению (хотя существует инфантильная разновидность аутоагрессии, сочетающейся с желанием подобным нетрадиционным образом оказать вредоносного воздействие на близкое окружение). Доминирующим видом аутоагрессии является физическая агрессия, хотя можно условно говорить и об аутоагрессии, к примеру, в виде вербального само-

уничижающего и самообвиняющего поведения, проявляющегося в преподнесении себя окружающим в невыгодном свете, самооскорблении и обзывании себя бранными словами, сравнении себя с «низменным, ничтожным, никчемным» существом.

Аутоагрессивное поведение проявляется в двух формах: **самоубийстве (суицидальном поведении) и самовреждении (парасуицидальном поведении).** Их различия заключены в конечной цели (смерти или членовредительстве) и вероятности ее достижения. Под суицидальным поведением понимается намеренное стремление человека к смерти. Оно может быть обусловлено формированием внутрилично-стного конфликта под воздействием внешних ситуационных факторов или в связи с появлением психопатологических расстройств, вызывающих стремление к лишению себя жизни без реального воздействия внешних ситуационных факторов. Если при первом варианте побуждение к суициду чаще всего осознано, осмыслено и произвольно, то при втором возможно нарушение осознания и понимания смысла собственных намерений и действий, а также утрата произвольности. Так, при синдроме психического автоматизма в рамках шизофрении суицидальное поведение может быть обусловлено ощущением воздействия неконтролируемой силы, толкающей человека на то или иное насильственное действие в отношении себя.

Различают (Durkheim) три типа *суицидального поведения.* 1) «аномическое», связанное с кризисными ситуациями в жизни, личными трагедиями; 2) «альтруистическое», совершаемое ради блага других людей и 3) «эгоистическое», обусловленное конфликтом, формирующимся в связи с неприемлемостью для конкретного индивида социальных требований, норм поведения, навязываемых обществом человеку.

Аномическое суицидальное поведение наиболее часто встречается у психически здоровых людей как реакция личности на непреодолимые жизненные трудности и фрустрирующие события. Следует иметь ввиду, что сам по себе суицидальный акт не может указывать на наличие или отсутствие у человека психических расстройств. Данный вид поведения следует рассматривать как способ психологического реагирования, избранный человеком в зависимости от ценности и значимости происшедшего события. Возможно *адекватное реагирование* в условиях тяжелого и сверхзначимого раздражителя — события, преодоление которого затрудненно или невозможно для личности в силу нравственных установок, некоторых физических проявлений и *неадекватное реагирование,* при котором выбранная суицидальная реакция явно не соответствует стимулу.

- 371 -

В клинической психологии наиболее часты аномические суицидальные попытки лиц с хроническими соматическими заболеваниями, сопровождающимися выраженным болевым синдромом. Так, суициды преимущественно встречаются в онкологической клинике при диагностике рака. Они могут быть расценены и как адекватные, и как неадекватные в зависимости от ряда причин, несмотря на то, что диагностирование злокачественного новообразования является тяжелой объективно значимой психической травмой. Разграничение проводится на основании критериев для распознавания гармоничного типа психического реагирования — трезвой оценки собственного состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки собственного состояния, а также проявления активности при проведении терапевтических мероприятий, направленных на купирование симптоматики и восстановление соматического здоровья. Наиболее важным является реалистичность оценки состояния собственного здоровья на основании медицинских критериев. Так, если две женщины совершают суицидальные попытки вслед за сообщением им в одном случае о выявленном раке молочной железы I-II стадии, в другом — прямой кишки III-IV стадии, то можно утверждать, что их психические реакции носит различный характер адекватности. Разная оценка адекватности суицидального поведения в приведенных случаях базируется на реалистичности прогноза: при раке молочной железы I-II стадии вероятность летального исхода значительно и существенно мала по сравнению с раком прямой кишки III-IV стадии. Следовательно, в первом случае «уровень адекватности» ниже, чем во втором. Немаловажным оказывается и отношение к необходимости терапии и активность участия в реабилитационных мероприятиях пациента. Как было продемонстрировано выше, на вероятность излечения при онкологических заболеваниях сказывается психологический настрой и активность в лечении, тогда как депрессия, пессимизм и отказ от необходимых медицинских мероприятий способны ускорить ухудшение состояния.

Аномический тип суицидального поведения возможен и в случаях, когда жизнь ставит перед человеком мировоззренческую или нравственную проблему выбора того или иного поступка, которую он не в силах разрешить, выбирая уход из жизни. Человек может быть поставлен в условия выбора совершения аморального поступка или действия, которое ему претит в силу эстетических приоритетов, и лишения себя жизни. Решение данной проблемы зависит от личностных качеств индивида, ситуации, а также его психического состояния в конкретный период времени.

-372 -

Альтруистический, тип суицидального поведения также вытекает из личностной структуры индивида, когда благо людей, общества и государства ставится им выше собственного блага и даже жизни. Данный тип встречается у людей, ориентированных на высокие идеи, живущих общественными интересами и не рассматривающих собственную жизнь в отрыве от окружающих людей и общества. Альтруистические суициды совершаются как психически здоровыми, осознающими реальный смысл происходящего, так и психически больными лицами, находящимися, к примеру, в состоянии религиозного иступления или уходящими из жизни по бредовым мотивам «всеобщего блага».

Эгоистический тип суицидального поведения возникает как ответ на завышенные требования со стороны окружающих, предъявляемые к поведению индивида. Таким человеком, реалистичные нормативы и принуждение выбора соответствующего типа поведения начинает восприниматься как о угроза самостоятельности и экзистенциальности. Он принимает решение о расставании с жизнью по причине неуместности его существования в условиях давления и контроля со стороны

как близких, так и общества в целом. Суицидальное поведение является в данном случае не реакцией на критическое положение, а позицией по отношению к окружающему миру. Нередко оно встречается у лиц с патологией характера (акцентуациями и расстройствами личности), чувствующих одиночество, отчужденность, непонимание и свою невостребованность.

Возможны *индивидуальная, групповая и массовая формы* самоубийств. При индивидуальной существенная роль отводится индивидуально-психологическим особенностям человека и параметрам ситуации. В рамках групповых и массовых самоубийств доминирующим становится прессинг окружения и ситуации, в то время как индивидуальные свойства и качества человека отходят на второй план. Целенаправленное или нецеленаправленное давление со стороны окружающих на индивида способствует тому, что он выбирает суицидальное поведение по принципу подражания, соответствия требованиям референтной группы.

Выделяется достаточно большое количество способов самоубийств:

- самоповешение
- самоудавление
- самоутопление
- самоотравление
- самосожжение
- самоубийство с помощью колющих и режущих предметов
- самоубийство с помощью огнестрельного оружия
- самоубийство с помощью электрического тока
- самоубийство с помощью использования движущегося транспорта или движущихся частей механизмов
- самоубийство при падении с высоты
- самоубийство с помощью прекращения приема пищи
- самоубийство переохлаждением или перегревом

Выбор способа самоубийства зависит от социальных, культурно-исторических, религиозных, эстетических, ситуационных моментов и индивидуально-психологических особенностей человека. Нередко традиции могут подвигать индивида к тем или иным приоритетам при выборе способа ухода из жизни, например, японский самурай мужественно делал себе харакири, влюбленные романтично бросались с моста, офицер с честью стрелял в себя, ревнивец вешался. Культурологический и этнопсихологический аспект находит отражение в факте не одинаковой распространенности аутоаг-рессивного суицидального поведения в различных регионах мира. Известно, что на протяжении более сотни лет первое место в мире по распространенности суицидов удерживает население Венгрии, в России — Удмуртии и Марий Эл. Роднит представителей данных регионов их фино-угорские корни. Именно данный факт позволяет трактовать выбор суицидального поведения как признак влияния этнокультуральных особенностей.

Считается, что выбор способа суицида обусловливается в большей степени эстетическими понятиями человека. По мнению Л.З.Тре-губова и Ю.Р. Вагина, имеется три основных эстетических параметра выбора способа суицидальных действий:

1. При прочих равных условиях человек стремится выбрать тот способ самоубийства, который наиболее соответствует его понятиям о чести и красоте; приемлемости и допустимости того или иного способа самоубийства в данной социальной среде.

2. При прочих равных условиях человек стремится выбрать тот способ, который, по его мнению, ведет к наименьшему обезображиванию тела.

3. При прочих равных условиях человек всегда считается с тем, какие эстетические переживания вызовет вид его тела у окружающих.

Наряду с эстетическими критериями при выборе способа аутоагрессии, нередко значимым является болезненность или безболезненность предполагаемого действия. Человек с парасуицидальными намерениями может стремиться избежать интенсивного болевого раздражителя, тогда как для индивида с истинным намерением покончить жизнь самоубийством характер боли может не быть существенным.

Часть лиц с аутоагрессивным поведением (чаще с психическими аномалиями) имеет тенденцию с испытания боли и сопряженных с ней сильных эмоциональных переживаний, в то время как исход аутоагрессии для них не является значимым. Подобная специфика отмечается при аутоагрессивном поведении в рамках аддиктивного типа девиантного поведения. *Парасуицидальные попытки* совершаются, как правило, с целью вывода себя из состояния бесчувствия, безрадостности, безэмоциональности путем испытания острых аффективно-шоковых переживаний. Для этого используются какие-либо рискованные и опасные для жизни действия: удушение до степени появления первых признаков измененного состояния сознания; хождение над обрывом или по краю пропасти, балкона, подоконника, периллам моста; игра с заряженным боевыми и холостыми патронами пистолетом на «испытание судьбы»; прижигание или надрезание кожи и иные болевые воздействия; демонстрация окружающим решимости совершить суицидальный поступок с садомазохистическими стремлениями и получением удовлетворения при доведении окружающих до состояния иступления.

Сходноеловедение обнаруживается и при патохарактерологическом типе девиантного поведения. Однако, мотивы поведения принципиально разнятся: в рамках аддиктивного поведения мотивом является феномен «жажды острых ощущений», при патохарактеро-логическом — эпатаж, конфронтация с окружающими. Лица с истерическими расстройствами личности чаще выбирают парасуицидальное демонстративное поведение, при котором с помощью шантажа и провокаций пытаются достичь желаемого результата. Если же они склоняются к истинному суициду, то совершают выбор, как правило, основываясь на эстетических критериях («как я буду выглядеть в гробу»), отдавая предпочтение следующим способам: самоотравлению, самоповешению, самоутоплению, самоубийству с помощью огнестрельного оружия или путем причинения себе тяжелых механических повреждений. Лица с возбудимыми чертами характера склонны совершать аутоагрессию под влиянием аффектогенной ситуации, не раздумывая над способом.

Особую группу аутоагрессивного поведения составляют психически больные, выбор поведения которых обусловлен психопатологическими особенностями имеющихся нарушений. Наиболее опасными с точки зрения суицидального и парасуицидольного поведения считаются следующие психопатологические синдромы: *депрессивный, ипохондрический, дисморфоманический, вербального галлюциноза, паранойяльный и параноидный.* Суицидальное мысли, намерения и действия являются типичными для депрессивного синдрома как психотического, так и непсихотического уровня. Снижение настроения сопровождается занижением самооценки, появлением идей о нежелании жить, невозможности справиться с «душевной болью» и проблемами. Пациент склонен к интрапунитивному реагированию, обвинению себя во всех бедах, самоуничижению и оскорблению себя. При тоскливом варианте депрессивного Синдрома решение лишить себя жизни хорошо спланировано и выстрадано пациентом. При тревожно-депрессивном больной принимает решение на высоте тревоги, беспокойства и ажитации. Наиболее тяжелым вариантом депрессии считается депрессивно-ипохондрический (нигилистический) синдром Котара, при котором подавленное настроение сочетается с бредовыми идеями отрицания собственного тела или отдельных его органов и частей, с убеждением, что окружающий мир по вине больного погиб и исчез. Ипохондрический синдром с доминированием бредовых или сверхценных идей о наличии у человека неизлечимого заболевания часто приводит к формирования стремления уйти самостоятельно из жизни. При дисморфоманическом синдроме источником подобного решения становится ложная убежденность в наличии у человека уродств, заметных окружающим и осуждаемых ими. Пациент пытается покончить жизнь самоубийством вследствие того, что испытывает глубокие переживания из-за того, что окружающие люди якобы обращают на него внимание, подсмеиваются, «не дают проходу», распускают сплетни, и он не может показываться в обществе. Галлюцинаторные (чаще вербальные) образы могут провоцировать аутоагрессивное поведение в силу двух причин: во-

первых, вследствие того, что становятся «невыносимыми» поскольку не прекращаются ни на минуты в течение суток, недель, месяцев; во-вторых, из-за того, что «голоса» могут открыто й прямо приказать пациенту совершить самоубийство, обвинив его в каких-либо проступках.

Отличий аугоагрессии при разных типах девиантного поведения обнаруживается часто при мотивировке как выбора данного способа поведения, так и отказа от него. Известно, что у больных шизофренией, мышление которых характеризуется амбивалентностью, разорванностью и алогичностью, мотивы принятия решения оказываются специфичными. Так, одна пациентка собиралась покончить собой утопившись, но непременно в Мертвом море. Другая предполагала уйти из жизни следующим образом: «Проглотить нитроглицерин, предварительно завернутый в полиэтиленовый пакет, а затем спрыгнуть с высотного здания, чтобы произошел взрыв и ничего не осталось». Третий больной, намереваясь умереть под колесами мчащегося поезда, передумал ожидая его на железнодорожном полотне совершать самоубийство по причине того, что на нем оказался в этот момент «только что купленный», новый костюм.

Специфичную группу составляют лица, совершающие аутоаг-рессивные групповые и массовые акты по религиозным соображениям. Их мотив растворяется в общегрупповом мотиве — принести себя в жертву, совершить самоубийство ради какой-то общей цели и высокой идеи. Подобное поведение наблюдается, как правило, при аддиктивном поведении в виде религиозного фанатизма и совершается под влиянием повышенной внушаемости людей, включенных в эмоционально значимые групповые и коллективные взаимодействия.

Злоупотребление веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности

Девиантное поведение в виде употребления и злоупотребления веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности, психическую и физическую зависимость от них является одним из самых распространенных видов отклоняющегося поведения. Сутью такого поведения становится значительное изменение иерархии ценностей человека, уход в иллюзорно-компенсаторную деятельность и существенная личностная деформация.

При применении опьяняющих веществ, которые изменяют восприятие мира и самооценку человека, происходит постепенное отклонение поведения в сторону формирования патологической зависимости от вещества, фетишизации его самого и процесса употребления, а также искажение связей Человека с обществом.

По мнению Б.С. Братуся, опьяняющее вещество (алкоголь, наркотик, токсическое средство) отражает проекцию психологического ожидания, актуальных потребностей и мотивов на психофизиологический фон опьянения, создавая внутреннюю картину, которую человек приписывает действию напитка, делая его психологи-

чески привлекательным. Мотивация употребления алкоголя и наркотических веществ имеет несколько форм (Ц.П.Короленко, Т.А.Донских):

Атарактическая мотивация заключается в стремлении применения веществ с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта. В данном случае вещество, вызывающее опьянение, используется как лекарственный препарат, снимающий негативные феномены и симптомы душевного неблагополучия. Среди симптомов, которые, в первую очередь, подталкивают человека к употреблению таких веществ оказываются страх, тревога, депрессия и их разновидности. Повышенная эмоциональная насыщенность, негативный фон настроения способствуют выбору в пользу наиболее легкого решения проблемы. Снятие симптомов происходит химическим путем. Возвращение обычного эмоционального состояния и чувства комфорта блокирует потребность дальнейшего использования веществ. Однако, девиантное поведение может сформироваться при атарактической форме мотивации в силу частоты применения данного способа снятия эмоциональных проблем с переходом психологической зависимости в физическую.

Учитывая направленность атарактической мотивации на снятие эмоциональных переживаний, она является преобладающей при патохарактерологическом и психопатологическом типах девиантного поведения. Как правило, употребление различных опьяняющих и транквилизирующих веществ происходит при таких симптомах и синдромах, как: *тревожный, обсессивно-фобический, депрессивный, дисфорический, астенический, психоорганический, ипохондрический* и некоторых иных. Нередко употребление веществ направлено на купирование внутриличностного конфликта при т.н. психопатических синдромах (эксплозивном и эмоционально неустойчивом, истерическом, ананкастном). При иных типах девиантного поведения атарактическая мотивация встречается реже.

Гедонистическая мотивация выступает, как бы, продолжением и развитием атарактической, но разительно отличающейся по качеству. Атарактическая приводит эмоциональное состояние в норму из сниженного, а гедонистическая способствует повышению нормального (не сниженного) настроения. Гедоническая направленность проявляется в получении удовлетворения, испытания чувства радости от приема веществ (алкоголя, наркотиков) на фоне обычного ровного настроения (рисунок 21). Гедоническая направленность может встречаться при различных типах девиантного поведения: и при делинквентном, и при аддиктивном, и при патохарактерологическом, и при психопатологическом. Однако, типичной она считается для аддиктивного поведения. Человек с аддиктивной направленностью поступков склонен искать в алкоголе или наркотиках способ ухода от реальности в иллюзорный мир, доставляющий ему наслаждение. При этом он выбирает из богатого арсенала наркотических веществ или алкогольных напитков лишь те, которые обладают *эйфоризирующим эффектом,* способствующим быстрому и резкому повышению настроения, появлению смешливости, благодушия, радости, любвиобилия, легкого достижения сексуального оргазма. Немаловажным становится поиск необычного (неземного) действия веществ, резко превращающего «серое существование» в интересный, полный неожиданностей «полет в неизведанное». К веществам, используемым при аддиктивном типе девиантного поведения, относят такие вещества, как *марихуану, опий, морфин, кодеин, кокаин, ЛСД, циклодол, эфир* и некоторые другие.

Наибольшие изменения психической деятельности, превышающие чисто эйфоризирующий эффект и сопровождающиеся иными психопатологическими расстройствами, наблюдаются при использовании ЛСД (лизергина, диэталамида лизергиновой кислоты), кодеина, марихуаны (гашиша) и кокаина. Отличительной особенностью действия ЛСД является присоединение к эйфоризирующему *галлюциногенного эффекта,* при котором возникают необычно яркими цветными зрительными галлюцинациями (вспышками света, калейдоскопической сменяемостью образов, принимающих сценический характер), дезориентировка в месте и времени (время кажется остановившимся или стремительно летящим).

При курении или жевании марихуаны (анаши, гашиша) возникает безудержный болтливость, смех, наплыв фантазий, поток случайных ассоциаций. Резко изменяется восприятие внешнего мира.

Он становится значительно ярче, красочнее. У человека в таком состоянии появляется грезоподобный синдром, при котором реальность смешивается с вымыслом. Иногда возникает ощущение невесомости, полета, парения в воздухе. Типичными и вызывающими веселье являются симптомы нарушения схемы тела: ощущения удлинения или укорочения конечностей, видоизменения всего тела. Нередко и окружающий мир меняется в размерах, цвете, консистенции.

Мотивация с гиперактивацией поведения близка к гедонистической, но основывается не на эйфоризирующем, а *активирующем эффекте* вещества. Часто оба эффекта действуют совместно, однако нередко человеком разделяются. При данной форме мотивации базисным становится потребность вывести себя из состояния пассивности, безразличия, апатии и бездействия с помощью веществ, провоцирующих необычную, запредельную живость реакции и активность. Особо важным становится стимуляция сексуальной активности и достижения «рекордных результатов» в интимной сфере. Таким образом, гиперактивация рассматривается чаще всего человеком как гиперсексуальность и возможность получить что-то необычное в сфере волюстических (сопровождающихся оргазмом) ощущений. Попытка достичь высшей степени

«сексуального блаженства» с помощью гиперсексуальной активации сочетается с активностью к рискованной деятельности. Из наркотических веществ, обладающих активирующими свойствами, выделяются *марихуана, эфедрин и его производные,* сочетающие гипёрактивацию и гиперсексуальность, а также *кодеин, никотин и кофеин,* вызывающими активность без гиперсексуальности. Мотивация с гиперактивностью и гиперсексуальностью, как правило, встречается при аддиктивном типе девиантного поведения. Пресытившись традиционными способами достижения оргазма, человек нацеливается на новые, более возбуждающие способы («ловля оргазма»), сопряженные с риском и употреблением наркотических веществ. Такие способы позволяют ему вывести себя (пусть на короткое время и ценой психических расстройств) из состояния скуки и равнодушия. Нередко сексуальная партнерская пара совместно принимает перед коитусом наркотические вещества для снятия однообразия в интимной жизни.

Субмиссивная мотивация применения веществ отражает неспособность человека отказаться от предлагаемого окружающими приема алкоголя или наркотических веществ. Неспособность противостоять давлению вытекает из характерологических или личностных особенностей человека. В одном случае это обусловлено ананкастическими или зависимыми чертами характера (робостью, застенчивостью, конформностью, тревожностью, осторожностью в общении), при которых индивид старается избегать ситуаций осуждения (в частности, за нежелание «за компанию» употребить спиртные напитки). Страх оказаться вне коллектива, быть изгнанным из него за неконформное поведение, стать «белой вороной» являются базой для субмиссивной мотивации употребления веществ, вызывающих изменение психического состояния.

Псевдокультурная мотивация основывается на мировоззренческих установках и эстетических пристрастиях личности. Человек рассматривает употребление алкоголя или наркотических веществ сквозь призму «изысканности вкуса», причастности к кругу избранных — знатоков. Поведение индивида носит характер причастности к традиции, «культуре». В большей степени при псевдокультурной мотивации важно не само употребление веществ, сколько демонстрация этого процесса окружающим. Встречается она при патохарактероло-гическом типе девиантного поведения, в частности в рамках истерических характерологических расстройств.

В случаях формирования психопатологического типа поведения при таких психических заболеваниях, как алкоголизм, наркомании и токсикомании, девиантное поведение становится полностью зависимым от феноменологических клинических особенностей и стадий болезни. Выделяют три механизма доминирования алкогольной и наркотической потребности и формирования зависимости с комплексом клиническим симптомов и синдромов (Э.Е.Бехтель):

1. *Эволюционный механизм.* По мере повышения интенсивности эйфоризирующего эффекта происходит рост потребности, которая из второстепенной, дополнительной (аддиктивной, патохарактерологической) становится вначале конкурирующей, а затем доминирующей.

2. *Деструктивный механизм.* Разрушение личностной структуры, вызванное какими-то психотравмирующими факторами, крахом личности, сопровождается изменением ее ценностной ориентации. Значение прежде доминирующих потребностей при этом снижается. Второстепенная потребность в веществах, изменяющих психическое состояние, может неожиданно стать доминирующей, основным смыслообразующим мотивом деятельности.

3. *Механизм, связанный с изначальной аномалией личности.* Он отличен от деструктивного тем, что аномалия является дли-

тельно существовавшей, а не возникшей в силу психотравми-рующего воздействия на личность. Выделяется три варианта аномалий: а) при аморфной личностной структуре со слабо выраженными иерархическими отношениями в системе потребностей и мотивов любая сколько-нибудь значимая потребность быстро становится доминирующей; б) при недостаточности внутреннего контроля неполная интернализация групповых норм не позволяет выработать внутренние формы контроля; в) при аномалии микросреды искаженные групповые нормы формируют аномальные установки на употребление веществ, изменяющих психическое состояние.

Нарушения пищевого поведения

Пищевое поведение человека оценивается как гармоничное (адекватное) или девиантное в зависимости от множества параметров, в частности, от места, занимаемого процессом приема пищи в иерархии ценностей индивида, от количественных и качественных показателей питания, от эстетики. Существенно влияние этнокульту-ральных факторов на выработку стереотипов пищевого поведения, особенно в период стресса. Извечным вопросом о ценности питания, становится вопрос о связи питания с жизненными целями («есть, чтобы жить или жить, чтобы есть»), учета роли пищевого поведения окружающих для становления некоторых личностных характеристик (например, гостеприимство).

Под **пищевым поведением** понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию.

Учитывая существенное влияние на оценку адекватности пищевого поведения транскультуральных особенностей человека, укажем, что значимость приема пищи в различных культурах и у людей разных национальностей различается. Так, в соответствии с дифференциально-аналитической концепцией N.Peseschkian, питание является одной из основных составляющих восточной психологической модели ценностей, в рамках которой вырабатывается собственный образ красоты тела (как правило, привлекательнее и здоровее рассматривается полный, упитанный человек с хорошим аппетитом) и отношение к тому, как и сколько ест ребенок или взрослый. Нормальным поведением в период стресса рассматривается повышение аппетита и усиленное питание («сначала поешь — потом поговорим о проблемах») и т.н. *феномен «заедания стресса».* На уровне бытовых отношений оценка высшей степени гостеприимства сопряжена с предоставлением большого количества продуктов питания. В западной психологической модели ценностей питание само по себе не является ценностью и гостеприимство не включает в обязательном порядке процесс питания. Ценностью является контроль за приемом пищи, ориентация на иные стандарты красоты и эстетики — стройность, худоба, спортивность в противовес упитанности в рамках восточной модели. В связи с подобными транс-культуральными разночтениями девиантное пищевое поведение в обязательном порядке должно учитывать этнокультуральный стереотип пищевого поведения окружения человека.

Основными нарушениями пищевого поведения считаются: *нервная анорексия и нервная булимия.* Общими для них являются такие параметры, как:

- озабоченность контролированием веса собственного тела
- искажение образа своего тела
- изменение ценности питания в иерархии ценностей

Нервная анорексня представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижение веса, вызываемым и поддерживаемым самим индивидом. Отказ от пищи связан, как правило, с недовольством своей внешностью, избыточной, по мнению самого человека, полнотой. Учитывая тот факт, что определение объективных критериев полноты в значительной мере затруднено в связи с существованием эстетического компонента, приходится говорить о значимости параметра адекватности или неадекватности восприятия собственного тела («схемы тела»), ориентации на собственное мнение и представления о нем или рефлексию и реагирование на мнение референтной группы. Часто основой нервной анорексии служит искаженное восприятие себя и ложная интерпретация изменения отношения окружающих, основанного на патологическом изменении внешности. Данный синдром носит названии *дисморфомантес-кого синдрома.* Однако, формирование нервной анорексии возможно и вне данного синдрома.

Выделяют (М.В.Коркина) четыре стадии нервной анорексии: 1) инициальная; 2) активной коррекции, 3) кахексии и 4) редук-ции синдрома. В инициальной стадии индивид выражает недовольство преимущественно избыточной, по его мнению, полнотой либо всей фигуры, либо отдельных частей тела (живота, бедер, щек). Он ориентируется на выработанный идеал, стремятся к похуданию с целью подражания кому-либо из ближайшего окружения или популярным людям. На стадии активной коррекции, когда нарушения пищевого поведения становятся очевидными для окружающих и происходит становление девиантного поведения, индивид начинает прибегать к различным способам похудания. Прежде всего он выбирает *ограничительный пищевой стереотип,* исключая из пищевого рациона отдельные высококалорийные продукты, склоняется с

соблюдению строгой диеты, начинает использовать различные физические упражнения и тренинги, принимает большие дозы слабительных средств, использует клизмы, искусственно вызывает рвоту с целью освобождения желудка от только что съеденной пищи. Ценность питания снижается до максимума, при этом индивид не способен контролировать свое речевое поведение и постоянно в общении возвращается к теме похудания, обсуждения диет и тренингов. На стадии кахексии могут появляться признаки дистрофии: снижение массы тела, сухость и бледность кожных покровов и иные симптомы.

Диагностическими критериями нервной анорексии являются:

а) снижение на 15% и сохранение на сниженном уровне массы тела или достижения индекса массы тела Кветелета 17,5 баллов (индекс определяется соотношением веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах).

б) искажение образа своего тела в виде страха перед ожирением.

в) намеренность избегания пищи, способной вызвать увеличение массы тела.

Нарушение пищевого поведения в виде синдрома нервной анорексии встречается, как правило, при двух типах девиантного поведения: патохарактерологаческом и психопатологическом. В рамках первого нарушения пищевого поведения обусловлены особенностями характера человека и его реагированием на отношение со стороны Сверстников, при втором — синдром нервной анорексии формируется на базе иных психопатологических расстройств (дисмор-фоманического, ипохондрического, симптмокомплексов) в структуре шизофренических или иных психотических расстройств.

Нервная булимия характеризуется повторяющимися приступами переедания, невозможностью даже короткое время обходиться без пищи и чрезмерной озабоченностью контролированием веса тела, что приводит человека к принятию крайних мер для смягчения «полнящего» влияния съеденной пищи. Индивид ориентирован на пищу, он планирует собственную жизнь, основываясь на возмож-

ности принять пищу в нужное время и в необходимом для него количестве. Ценность данной стороны жизни выходит на передний план, подчиняя себе все остальные ценности. При этом отмечается амбивалентное отношение к приему пищу: желание есть большое количество пищи сочетается с негативным, самоуничижаюшим отношением к себе и своей «слабости».

Выделяется несколько диагностических критериев нервной бу-лимии:

а) постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пищи даже в условиях ощущения сытости.

б) попытки противодействовать эффекту ожирения от съедаемой пищи с помощью таких приемов, как: вызывание рвоты, злоупотребление слабительными средствами, альтернативные периоды голодания, использование препаратов подавляющих аппетит.

в) навязчивый страх ожирения.

Как видно из клинических описаний, нервная анорексия и нервная булимия имеют ряд общих черт, вследствие чего можно говорить о едином комплексе нарушений пищевого поведения. Однако, нервная булимия в отличие от анорексии может входит в структуру аддиктивного типа девиантного поведения. Если отказ от пищи играет роль болезненного противостояния реальности (существенный параметр патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения), то непреодолимое влечение к пищу может отражать как противостояние (в частности, снятие симптомов тревоги, депрессии при невротических расстройствах), так и уход от реальности. При аддиктивном поведении повышение ценности процесса питания и переедание становится единственным удовольствием в скучной, однообразной жизни. Человек избирает для себя питание, как альтернативу повседневной жизни с ее требованиями, обязанностями, регламентациями. У него формируется феномен «жажды острых ощущений» в виде изменения пищевого поведения. К примеру, такой индивид может получать новые необычные ощущения от количества и качества пиши, сочетания несочетаемых

ингредиентов (огурцов с медом, торта с горчицей). Мотивом становится бегство от «опостылевшей» реальности в мир вечного «пищевого удовольствия».

Еще одной разновидностью нарушений пищевого поведения является стремление **поедать несъедобные предметы.** Как правило, такой тип поведения встречается лишь при психических заболеваниях или грубой патологии характера, хотя не исключено его появление в рамках делинквентного поведения с целью симуляции соматичес-

-385-

кой болезни и достижения какой-либо цели. При психопатологическом типе девиантного поведения отмечается, например, поедание испражнений (копрофагия), ногтей (онихофагия), при делинквентном — заглатывание металлических предметов (монет, булавок, гвоздей).

Извращение вкуса как нарушение пищевого поведения встречается при многих физиологических состояниях человека. В частности, при беременности у женщины появляется тяга к острой, соленой пище или определенному конкретному блюду. Изменение отношения к ряду продуктов с формированием измененного пищевого поведения возможно при заболеваниях головного мозга.

В рамках патохарактерологического типа девиантного поведения изменения пищевого поведения могут носить характер неэстетичности. Человек, к примеру, может неэстетично есть (чавкать, хлюпать, причмокивать при еде), быть *неаккуратным и нечистоплотным* (есть немытые продукты, пить грязную воду) или, наоборот, быть *повышенно брезгливым* даже по отношению к близких родственникам (категорически отказывать доедать или допивать за ребенком в случаях голода и отсутствия иной пищи или жидкости), не уметь использовать или игнорировать применение столовых приборов. К стереотипам пищевого девиантного поведения относят также *скорость принятия пищи.* Отмечаются две крайности: очень замедленное принятие и сверхбыстрое торопливое заглатывание пищи, которые могут быть обусловлены семейными традициями или свойствами темперамента.

Сексуальные девиации и перверсии

Оценка диагностических критериев отклонений в сексуальном поведении человека наталкивается на ряд сложностей, поскольку имеются существенные разночтения в понимании сексуальной нормы. Под **сексуальнымими девиациями** понимается любое количественное или качественное отклонение от сексуальной нормы, а в понятие **нормы** включается поведение, соответствующее возрастным и полоролевым онтогенетическим закономерностям данной популяции, осуществляемое в результате свободного выбора и не ограничивающее в свободном выборе партнера (ААТкаченко).

В сексологии принято разделять понятие **индивидуальной и партнерской норм.** *Индивидуальная* оценивается, как правило, с ориентацией на биологические особенности человека и включает такие виды сексуального поведения, как: 1) по непреднамеренным причинам

-386-

не исключают и не ограничивают возможность осуществления генитально-генитальных взаимодействий, которые могут привести к рплодотворению; 2) не характеризуются стойкой тенденцией к избеганию половых (в том числе, сексуальных) контактов (Godlewski). Таким образом, индивидуальная норма нацеливается на анализ потенциальных возможностей человека к сексуальным контактам в силу анатомической и физиологической нормы, а также коммуникационных способностей индивида — его желания и умения выстраивать отношения с окружающими людьми, способствующие половых отношениям. В рамках *партнерской нормы*, которая определяется как: все виды сексуальной активности, сексуального поведения и сексуальных действий, имеющих место между двумя зрелыми лицами, принимаются обоими и направлены на достижение наслаждения, которые не вредят их здоровью и не нарушают норм общежития. Следовательно, в структуре партнерской нормы выделяется принципиальное значение следующих критериев: 1) количество одновременно взаимодействующих партнеров, 2) их зрелость, 3) стремление к достижению обоюдного согласия, 4) отсутствие ущерба собственному

здоровью и 5) здоровью и комфорта другим людям. *Критерий количества одновременно взаимодействующих партнеров* нацеливает на парные сексуальные контакты, как соответствующие норме и адекватности в связи с значимостью, с одной стороны, принципа интимности для становления гармоничных сексуальных взаимоотношений, с другой, отсутствия стремления к избеганию любых партнерских связей. *Критерий зрелости* указывает на социально-психологические характеристики, в частности, возможность понимать биологический и социальный смысл сексуальных действий и быть ответственным за их последствия. К критерию *стремления к достижению обоюдного согласия* относится осуществление свободного выбора места, времени и способа сексуального взаимодействия и не ущемление права свободного выборе партнера, т.е. ободное согласие находит отражение в совпадении «диапазонов приемлемости» и «сексуальных сценариев». В *критерий не причинения ущерба собственному здоровью* входит реальная самооценка человека в сфере собственных сексуальных способностей и исключение поведения, наносящего вред здоровью. *Критерий не причинения вреда здоровью и комфорту окружающих* (в том числе партнера) рассматривается как учет внешних социальных последствий сексуального действия человека, в частности циничного и оскорбляющего общественную нравственность.

Выделяют следующие векторы сексуальной ориентации, способные помочь в оценке нормального и аномального сексуального поведения (рисунок 22).

Существенным для определения адекватности сексуального поведения считается *вектор интенсивности филин,* отражающий количественный показатель силы либидо безотносительно его направленности. К нему относят гипофилию и гиперфилию. *Вектор направленности (партнерства)* определяет выбор объекта сексуального влечения на основании различных параметров: возраста, пола, национальности и этнической принадлежности партнера, его профессии, социального статуса, одушевленности или неодушевленности объекта влечения, биологических и анатомических особенностей (человека, животного), количества партнеров, внешней или внутренней направленности и некоторые иные. *Вектор способа реализации* указывает на приоритетность тех или иных методов и средств достижения волюстических ощущений (оргазма), среди которых выделяются механические, психологические, физиологические. В рамках *вектора телесного образа* значимым, по мнению J.Money,

-388-

является процесс конкордантности образа тела натальному полу данного человека, т.е. существенным считается адекватная самоидентификация индивида и характер принятия или непринятия образа собственного тела. Каждая из перечисленных составляющих векторов может приводить к формированию разнообразных сексуальных девиаций или их комбинаций.

Гиперсексуальность является одной из базовых характеристик, способствующих формированию подавляющего большинства сексуальных девиаций и перверсий. Она характеризуется значительным повышением ценности сексуальной жизни для человека и вытеснению иных ценностей. Считается, что у человека существует четыре сферы жизни, которые формируют соотношение ценностей тех или иных видов деятельности (рисунок 23).

В случае девиаций гиперсексуальное поведение становится не столько средством для достижения удовлетворения, но и самоцелью. Появляются разнообразные формы отклоняющегося от норм права, нравственности или эстетики сексуального поведения: *секс как унижение, секс как гордыня, секс как развлечение, секс как спорт, секс как работа и т.д.* В рамках гармоничности целями вступления человека в сексуальные контакты являются, как правило, *удовлетворение коммуникативной, прокреативной и рекреативной потребностей,* а мотивом — любопытство и интерес, альтруизм или эгоизм и т.д. При гиперсексуальности обычные цели и мотивы отходят на второй план, уступая место эгоистическому мотиву, и сексуальный

-389-

контакт может использоваться в т.н. несексуальных целях. При де-виантном сексуальном поведении человек склонен получать сексуальное удовлетворение, сочетая коитус с оскорблением и принуждением партнера к вступлению в сексуальный контакт в неподходящей для него форме,

время или интенсивности с полным игнорированием его свободного выбора. Сходное отклоняющееся поведение может быть направлено на удовлетворении гордыни человека. Вступление в сексуальные взаимодействия с целью поставить рекорд по количеству партнеров или по продолжительности одного контакта также носит характер девиации, формируя поведение по типу промискуитета (беспорядочных половых связей). В данном случае поиск объекта удовлетворения сексуального чувства приобретает навязчивый или сверхценный характер, и партнер может обесцениваться до уровня «персонифицированного возбуждающего объекта». Особо с позиции этики и нравственности выделяется проституция, когда основной целью вступления в сексуальные связи становится корысть. Все вышеперечисленные формы отклоняющегося поведения формируются лишь на основе гиперсексуальной ориентации. Они выполняют роль ухода от скучной реальности в мир ярких и необычных сексуальных переживаний. Таким образом, гиперсексуальное поведение входит структуру аддиктивного типа девиантного поведения, хотя может встречаться и при иных типах. Разновидностью гиперсексуального поведения является провоцирующее поведение без истинного желания вступить в интимные отношения. Такое поведение включает фривольность в высказываниях, сексапильность во внешности и манерах.

Противоположностью гиперсексуальности является асексуальное **девиантное поведение,** при котором человек снижает значимость и ценность сексуальной жизни или отрицает ее существенность полностью и исключает из своей жизни поступки, направленные на сексуальные контакты. Он может обосновывать это моральными или мировоззренческими соображениями, отсутствием интереса или иными мотивами. Асексуальность сочетается часто с особенностями характера в виде акцентуаций и патологических вариантов шизоидной или зависимой (астенической) направленности.

Выбор сексуального партнера в норме осуществляется с использованием возрастного фактора. Адекватной у взрослого человека считается направленность на лицо близкой к нему возрастной категории. Разброс границ обусловлен, с одной стороны, эстетическими критериями, при которых норма оценивается на основании «приличия» возрастной разницы сексуальных партнеров; с другой сторо-

ны, характеристикой зрелости. Выделяют ряд сексуальных девиаций, диагностика которых строится на несоответствии возрастной направленности влечения: *педофилия, эфебофилия, геронтофилия.*

Педофилией называется направленность сексуального и эротического влечения взрослого человека на ребенка. Человек с педофильной направленностью не находит полного сексуального удовлетворения в контактах со сверстниками и способен испытывать оргазм лишь при взаимодействии с детьми. Формы педофильных контактов различны — от редко встречающихся собственно кои-тальных, до эксгибиционистских актов и петтинга. Данный вид сексуальных девиаций может быть представлен как в рамках пато-характерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения, так и при аддиктивном типе. Если в первых случаях мотивами выступают психопатологические симптомы и синдромы (деменция, изменения личности, акцентуации характера), то во втором — попытка испытать особые, необычные, яркие и новые для индивида переживания при контакте с ребенком.

Разновидностью сексуальной ориентации взрослого на лиц более молодого возраста является **эфебофилия** — влечение к подросткам. Мотивом поведения человека, склоняющегося к выбору партнером подростка, является, с его слов, поиск «непорочности», отсутствия сексуального опыта и смущения в интимной жизни подростка. Описан стиль сексуального влечения к девочкам-подросткам в сочетании с фетишизмом: объект обязательно должен быть, к примеру, «в школьной форме с фартучком». При эфебофилии по сравнению с педофилией повышается число собственно коиталь-ных контакты взрослого с подростком. Эфебофилия может входит в структуру делинквентного, аддиктивного, патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения.

Геронтофилня заключается в сексуальном влечении к партнеру старческого возраста, при этом старческое тело играет роль своеобразного фетиша (K.Imielinski). Как правило, встречается только у мужчин. Считается, что геронтофилия базируется на психопатологических симптомах и

синдромах, в частности изменениях личности (органического, алкогольного генеза), деменции различного происхождения, психопатических проявлениях.

Зоофилия является сексуальной девиацией в рамках вектора направленности влечения. Под зоофилией понимают сексуальное влечение к совершению сексуальных действий с животным. При этом животное рассматривается человеком с зоофильной ориентацией как заместительный сексуальный объект. Чаще всего при данном виде

отклоняющегося поведения используется коитальный генитально-анальный контакт. Зоофилия рассматривается в качестве аддиктив-ного, патохарактерологического или психопатологического девиан-тного поведения. Из болезненных признаков, на базе которых формируется зоофилия чаще других оказывается олигофрения, деменция и изменения личности при различных заболеваниях головного мозга. Из патологических характерологических радикалов — шизоидный и зависимый. Аддиктивное поведение в виде зоофилии встречается редко.

Фетишизм, или сексуальный символизм — одна из самых распространенных сексуальных девиаций характеризуется замещением объекта или субъекта сексуального влечения каким-либо символом (частью его одежды, личным предметов), который оказывается достаточным для достижения сексуального возбуждения и оргазма. В качестве фетиша может выступать практически любая часть человеческого тела желанного объекта (грудь, волосы, голень, ягодицы и пр.). Дифференциально-диагностическими критериями отграничения признаков фетишизма в рамках нормы и при девиации может случить появление самодостаточности и предпочтительности фетиша самому объекту. Различают такие разновидности фетишизма, как: *пигмалионизм* (фетишами являются картины, фотографии, статуэтки), *гетерохромия* (фетишем становится цвет кожи партнера), *ретифизм* (фетишем становится обувь), *фетишизм деформации* (фетишем становится уродливость человека), *некрофилия* (фетишем является мертвое тело). Фетишизм встречается при патохарактерологи-ческом и психопатологическом типе отклоняющегося поведения, особенно часто при наличии в клинической картине заболевания или структуре характера шизоидных или психастенических черт.

Нарциссизмом (аутоэротизмом) обозначается направленность сексуального влечения на себя. Он проявляется самолюбованием, завышенной самооценкой, повышенным интересом к собственной внешности, лоловым органам, сексапильности. Часто нарциссизм сочетается с истерическими чертами характера и т.н. нарциссичес-ким расстройством личности, выделяемым в американской классификации поведенческих расстройств. Наиболее существенным становится устойчивый паттерн претенциозности, убежденности в собственной неотразимости в сочетании с гиперсенситивностью к оценкам и критике со стороны окружающих. Такой человек склонен рассматривать собственное тело в зеркале, фотографировать или снимать на видеопленку себя в обнаженном виде, имитируя при этом позы и действия порнозвезд.

В рамках вектора, оценивающего способы реализации сексуального чувства, представлены наиболее известные и яркие примеры девиантного поведения: *садизм, мазохизм, садомазохизм, эксгибиционизм, вуайеризм.* Именно они часто приводят к столкновению личности с окружением и законом, поскольку нарушают часто и правовые, и этические, и эстетические нормы.

Садизм, мазохизм и садомазохизм являются близкими друг к другу сексуальными девиациями, поскольку проистекают из гиперролевого поведения (маскулинного или фемининного) и включают сопряженность сексуального удовлетворения с насилием и агрессией, направленной либо на себя, либо на партнера, либо и на того и на другого вместе. Садистическое поведение проявляется в стремлении подавлять сексуального партнера, унижать его, оказывать болевое и психологическое воздействие. Агрессивность у такого человека способствует более высокой степени сексуальных возможностей и наивысшего оргастического чувства. Чем в большей степени унижен, оскорблен и подавлен партнер — тем более яркие во-люстические ощущения сопутствуют этому. Садизм как сексуальная девиация переплетается с удовлетворением потребности властвовать и доминировать в жизни, которая однако, как правило, не полностью удовлетворяется. При мазохизме происходит обратный психологический процесс. Человек стремится быть униженным и подавленным. Лишь это способно вызвать у него оргазм. Часто у одного и того же человека представлены оба направления в удовлетворении сексуальной потребности (садомазохизм). Данные сексуальные девиации встречаются при любом типе отклоняющегося поведения.

Эксгибиционизмом называют сексуальную девиацию в виде достижения сексуального удовлетворения путем демонстрации собственных половых органов или своей сексуальной жизни окружающим. Суть эксгибиционизма — гиперкомпенсаторное преодоление чувства стыда в связи с обнажением с целью снятия эмоционального и сексуального напряжения. В таком случае эксгибиционистский акт следует рассматривать как эмоциональную разрядку после периода каких-либо внутриличностных проблем. Выделяют (Б.В.Шостакович, АА.Ткаченко) несколько этапов эксгибиционистского акта: 1) подготовительный, при котором происходит внутренняя переработка и борьба мотивов; 2) этап нарушенного сознания и 3) этап выхода из состояния. Разновидностью эксгибиционизма является *кандаулезизм,* при котором достижение сексуального удовлетворения связано с демонстрацией окружающим обнаженной жены или сексуальной партнерши. Известно, что эксгибиционизм чаще встре-

чается у лиц с ананкастическими чертами характера или при различных психических расстройствах, в частности в структуре маниакального синдрома. Имеется мнение о том, что эксгибиционистские акты родственным эпилептическим пароксизмам. При иных типах девиантного поведения он практически не встречается.

Вуайеризм — это форма девиантного сексуального поведения, заключающаяся в получении сексуального удовлетворения при подсматривании, подглядывании (или подслушивании) за обнажением или сексуальной жизнью людей. Важной особенностью вуайеризма, также как и эксгибиционизма считается анонимность индивида, склонного к девиантному поведению. Нередко данные формы сексуальных отклонений сочетаются. Вуайеризм может входит в структуру аддиктивного поведения, а также быть признаком патохарак-терологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения.

Особую группу сексуально отклоняющегося поведения составляют девиации, при которых изменяется, с одной стороны, традиционная гетеросексуальная ориентация, с другой — имеется тенденция к нарушению идентификации собственного пола. К данной группе относят: *гомосексуализм, трансвестизм двойной роли и транссексуализм.*

Половой идентичностью обозначают (В.Е. Каган) соотнесение личности с телесными, психофизиологическими, психологическими и социокультуральными значениями маскулинности и феминности, выделяя следующие формы: 1) базовая идентичность — соотнесение личности с традиционными, восходящими к филогенетическим, половым различиям, альтернативным представлениям о маскулинности/феминности; 2) ролевая идентичность — соотнесение поведения и переживаний личности с существующими в данной культуре и в данное время полоролевыми стереотипами; 3) персональная идентичность — интегрирует первую и вторую и характеризует соотнесение личности с маскулинностью/феминностью в контексте индивидуального опыта межличностного общения и совместной деятельности.

Можно расположить сексуальные девиации, сгруппированные отношением к телесному образу, в спектре между адекватной половой идентификацией и нарушенной идентификацией (рисунок 23).

Наиболее известным нетрадиционным для общества поведенческим сексуальным стереотипом является гомосексуальное поведение. Под гомосексуализмом понимают сексуальную ориентацию человека, направленную на лиц своего пола без существенного изменения

идентификации собственного пола. По мнению Brautigam, гомосексуализм делится на четыре группы:

а) псевдогомосексуализм, при котором выбор гомосексуального партнера делается на основе несексуальных мотивов (материальных выгод, желания унизить человека и т.д.).

б) гомосексуализм периода развития.

в) гомосексуализм, обусловленный различными задержками психического развития, и входящий в структуру психических расстройств.

г) истинный гомосексуализм, обусловленный гомосексуальными наклонностями.

Вследствие перечисленных разновидностей гомосексуализма, можно говорить и о неоднородности поведенческих проявлений. Наиболее значимым является поведение лиц с истинным гомосексуализмом. Отметим, что назвать подобное поведение болезненным или патохарактерологическим было бы неправомерно, поскольку гомосексуальная ориентация человека и вытекающее из нее поведение не обусловлено патологическими механизмами, а является лишь особым нетрадиционным видом человеческого поведения, разновидностью нормы. Однако, учитывая высокую общественную значимость гомосексуального поведения, логично рассматривать некоторые его непатологические разновидности в рамках аддиктивного поведения. Суть гомосексуальной аддикции — поиск нового, неап-робированного человеком способа достижения сексуального удовлетворения в случаях, когда иные способы перестают быть результативными. Оно противопоставляется псевдогомосексуальному поведению, которое может быть отнесено к делинквентному типу отклоняющегося поведения, и двух иных разновидностей гомосексуализма, вызванных психической патологией.

- 395 -

При гомосексуализме не происходит нарушений половой идентификации. Человек осознает принадлежность к полу, в котором существует и не нацелен на смену полу в отличие от поведения при транссексуализме. Существенных отклонений в структуре истинного или аддиктивного гомосексуализма не наблюдается. Человек критичен по отношению к тому, что его сексуальная ориентация является нетрадиционной и оппозиционно воспринимается большинством членов общества, в том числе близкими родственниками и знакомыми людьми. Вторично возможно возникновение иных нарушений поведения в связи с формированием у человека внутридичнос-тного конфликта из-за разнонаправленности внутренних устремлений и внешних требований к проявлениям сексуальности. Такой тип гомосексуализма обозначается *эго-дистоническим.* Если же у человека обнаруживается спаянность личности с нетрадиционным сексуальным влечением, уходом от реальности, игнорированием мнению и отношения общества, постепенным упрощением отношения к самому себе говорят об *эго-синтоническом* типе гомосексуализма. Характерными внешними проявлениями последнего являются: эпатирование окружающих людей нарочито сексуальным поведением, использованием манер, одежды и внешних признаков лиц противоположного пола, возведение собственной нетрадиционной сексуальной ориентации в культ, подчинение ей всех иных ценностей жизни. Именно эго-синтонический тип гомосексуализма можно отнести к аддиктивному отклоняющемуся поведению.

Для сексуальной девиации, называемой трансвестизмом двойной рода характерно ношение одежды противоположного пола с целью получения сексуального удовлетворения от временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу, но без желания более постоянного изменения пола или связанной с этим его хирургической коррекции.

При транссексуализме существенно в отличие от трансвестизма двойной роли нарушается полевая идентификация, и человек осознает себя представителем противоположного пола, вследствие чего выбирает соответствующий способ и манеры поведения. Он активно нацелен на хирургическую коррекцию пола с целью снятия внут-риличностного конфликта и дискомфорта, обусловленного несоответствием осознания половой роли и внешне навязываемыми ему стереотипами поведения. Трансвестизм и транссексуализм не являются признаками аддиктивного типа отклоняющегося поведения, чаще входя в структуру патохарактерологического или психопатологического типов. Однако, механизмы их формирования могут выходить за рамки перечисленных.

-396-

Сверхценные психологические увлечения

Одним из наиболее распространенных видов отклоняющегося поведения вне психопатологических рамок считаются сверхценные психологические увлечения. Увлечением называют повышенный интерес к чему-либо с формированием пристрастного эмоционального отношения. При сверхпенном увлечении все характеристики обычного увлечения усиливаются до гротеска, объект увлечения или деятельность становятся определяющим вектором поведения

человека, оттесняющим на второй план или полностью блокирующим любую иную деятельность. Классическим примером пароксизмаль-ного увлечения и «гиперувлечения» является состояние влюбленности, когда человек может быть полностью сосредоточен на объекте и субъекте эмоционального переживания, утрачивать контроль за временем, посвященным ему, игнорировать любые иные стороны жизнедеятельности. Существенными признаками сверхценных психологических увлечений считаются:

- глубокая и длительная сосредоточенность на объекте увлечения
- пристрастное, эмоционально насыщенное отношение к объекту увлечения
- утрата чувства контроля за временем, затрачиваемым на увлечение
- игнорирование любой иной деятельности или увлечения

Психологическое увлечение в отличие от психопатологического не выходит за границы традиционных для общества или отдельных его групп. Поэтому одно и тоже групповое или коллективное увлечение может включать как людей с обычным интересом к такому виду деятельности, так и увлеченных, и гиперувлеченных, захваченных *идеей фикс.* Сверхценные психологические увлечения входят в состав аддиктивного, патохарактерологического типов девиантного поведения, а также отклоняющегося поведения на базе гиперспособностей. Используя терминологию N.Peseschkian, при сверхценных увлечениях происходит *«бегство от реальности»* в какую-либо деятельность в ущерб другой и в ущерб гармонии личности, в целом.

При **«трудоголизме»** происходит бегство от реальности в сферу деятельности и достижений. Повышенным интересом и увлечением для человека становится его работа или иная деятельность, на поприще которой он пытается достичь совершенства. Если у обычного

человека работа является способом повышения собственного престижа, авторитетности, материального благополучия, удовлетворения потребности властвовать и доминировать, или она рассматривается как повинность, то у человека-трудоголика работа становится самоцелью, а не способом достижения чего-либо. Он получает удовольствие от самого процесса деятельности, а не от его результата, хотя результат также немаловажен для продолжения данного вида работы. Трудоголик (работоголик) сосредоточен на интересующей его деятельности практически постоянно, он не способен отвлечься от мыслей о работе даже на отдыхе или намеренной смене деятельности.

Базой для формирования сверхценного увлечения в виде трудоголизма являются, как правило, либо особенности характера, способствующие фиксации внимания и деятельности на выполнении служебных обязанностей из-за страха не справиться с ними, прослыть неспособным и неквалифицированным специалистом, либо аддиктивный уход от реальности, которая воспринимается как неинтересная, непривлекательная и скучная. В первом случае формирование трудоголизма происходит на основе психастенических (анан-кастных) или астенических (зависимых) чертах характера. Неуверенность в себе, собственных способностях, страх проиграть и не справиться с поставленными задачами, затрудненность в межличностных контактах, робость и скромность, неумение выстроить собственную карьеру, используя личное обаяние, общительность или манипулятивные способы приводит к постепенной выработке гиперкомпенсаторного поведения в сфере деятельности. Человек начинает «перерабатывать», уделять больше внимания работе, чем сослуживцы, стремиться к избеганию любых неожиданностей и доведения результатов собственного труда до совершенства. Постепенно выработанный стиль становится чертой характера, и интенсивный труд начинает доставлять удовольствие.

Иной механизм формирования трудоголизма обнаруживается при аддиктивном поведении. Повышенный уровень работоспособности, увлеченность процессом деятельности, получение от него удовлетворения может являться замещающей деятельностью. «Бегство в работу» может быть связано с неприспособленностью человека к обыденной жизни, ее бытовым требованиям, невозможностью испытывать удовольствие и «маленькие житейские радости». Индивида с аддиктивным поведением в виде трудоголизма тяготит серость и однообразие жизни, отсутствие

«великих потрясений». Моделируя сложности на работе в своей деятельности и преодолевая их, такой

-398-

человек живет полноценной, по его мнению жизнью, кардинально отличающейся от реальной жизни.

Сверхценные психологические увлечения в виде активной и пристрастной деятельности могут включать не только профессиональную сферу. Человек может быть трудоголиком но поприще хобби. Например, он может формально ходить на основную работу, добросовестно выполнять ее, не получая удовлетворения, и при этом ориентироваться на иную деятельность (ремонт своего автомобиля, уход за садом, рыболовство, охота, коллекционирование и т.д.).

При сверхценном увлечении азартными играми человек склонен полностью посвящать себя игре, исключая любую иную деятельность. Игра становится самоцелью, а не средством достижения материального благополучия. Увлеченность азартными играми называется **гемблингом**. Выделяются следующие признаки, характерные для гемблинга, как разновидности аддиктивного типа девиантного поведения (Ц.П.Короленко, Т.А. Донских):

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.

2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой деятельности, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.

3. «Потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.

4. Появление состояний психологического дискомфорта, раздражительности, беспокойства (т.н. «сухой абстиненции») через короткие промежутки времени после очередного участия в игре с труднопреодолимым желанием приступить к игре («игровым драйвом»).

5. Увеличение частоты участия в игре и стремление ко все более высокому риску.

6. Нарастание снижения способности сопротивляться соблазну («снижение игровой толерантности») возобновить игру.

Человек, склонный уходить от реальности в мир игр, выбирает данной вид поведения в связи с неприспособленностью к действительности, обыденности, которая перестает его удовлетворять и радовать. Он ищет в игре азарта и риска, бурных запредельных эмоций, которых не находит в повседневной жизни. Основой аддиктивного поведения в виде гемблинга является феномен «жажды ос-

-399-

трых ощущений» и, как следствие, высокой степени риска, игре «на грани фола», когда за секунду можно потерять все, что имеешь или приобрести «весь мир». В подобный вид аддиктивного поведения включаются карточные игры, рулетка, тотализатор и др.

Азартные игры не всегда связаны с денежным риском или риском для жизни. Азарт может быть связан с вымышленным риском при идентификации себя с участниками игр, к примеру компьютерных. Идеями фикс могут становиться спортивные игры, лотереи, разгадывание кроссвордов, а также сексуальные игры.

Особой разновидностью сверхценных психологических увлечений является т.н. «паранойя здоровья» — увлеченность оздоровительными мероприятиями. При этом человек в ущерб иным сферам жизнедеятельности (работе, семье) начинает активно заниматься тем или иным способом оздоровления — бегом, особой гимнастикой, дыхательными упражнениями, моржеванием, обливанием ледяной водой, промыванием ноздрей и полости рта соленой водой и пр. Механизмом формирования «паранойи здоровья» является феномен «сдвига мотива на цель», когда из средства достижения здоровья оздоровительные мероприятия превращаются в самоцель, в источник единственного или доминирующего способа получения удовольствий.

Увлечение какой-либо деятельностью достигающей крайней степени выраженности с формированием культа и создания идолов с полным подчинением человека и растворением

индивидуальности носит название **фанатизм**. Чаще фанатичное отношение формируется в таких сферах, как *религия* (религиозный фанатизм), *спорт* (спортивный фанатизм) и *музыка* (музыкальный фанатизм). Общей характеристикой фанатизма является выработка человеком стереотипа подчинения собственных интересов и устремлений интересам конфессии, команды, музыкального коллектива, сосредоточение внимания и сил на поддержке идола и оказания всемерной и активной помощи, миссионерская деятельность. В рамках девиантного поведения в виде фанатизма человек начинает действовать по психологическим законам группы и ведомого человека, он не способен критично отнестись к высказываниям кумира, идола и осознать отклонения собственного поведения, которое может заключаться в отрыве или уходе из семьи, игнорирование работы.

Мотивы отрыва человека от реальности и ухода в группу (религиозную, спортивных или музыкальных фанатов), подчинения себя идеи и лидеру могут быть различными. Одним из мотивов может быть психологические проблемы, с которыми индивид справиться

-400-

самостоятельно не способен или считает, что не способен. Как правило, данный мотив основывается на психопатологических симптомах и синдромах, патологии характера или внутриличностном невротическом конфликте. Его уход в группу фанатиков обусловлен снятием с себя ответственности за принятие решений по многим жизненным проблемам, желанием стать ведомым, искоренить в себе сомнения и неуверенность. Другим мотивом фанатичного поведения в группе может быть стремление уйти от однообразной, не вызывающей радости и эмоционального отклика реальности. Кумир, идол, идея, ритуал, причастность к какой-либо тайне или социальной группе, обретение новых переживаний становятся своеобразными аддиктами.

Сверхценные психопатологические увлечения

В отличие от психологических при психопатологических сверхценных увлечениях источником повышенного интереса и пристрастного отношения становятся нетрадиционные для большинства людей предметы, явления или сферы деятельности. Например, это может проявляться коллекционированием собственных «козявок» или обстриженных ногтей, выделений из юношеских угрей, увлечением в виде записывания номеров проезжающих машин или подсчитывания количества окон в домах.

Синдром «философической интоксикации» встречается, как правило, у подростков при шизофрении. В качестве своеобразного увлечения выступает повышенный интерес к философской, теософской и психологической литературе с настоятельной потребностью анализировать происходящие вокруг индивида события, а также собственный внутренний мир. Пациент начинает анализировать механизмы автоматизированных действий, мотивы поступков окружающих людей, собственные реакции, используя философско-психологическую терминологию, неологизмы. Он перестает адекватно воспринимать мир и реальность, пытаясь все втиснуть в схему, склонен обсуждать собственные «открытия» с друзьями, сверстниками и взрослыми, записывать свои мысли, читать огромный объем соответствующей литературы. Поведение человека с синдромом «философической интоксикации» носит навязчивый для окружающих характер. Близкие люди отмечают чудаковатость в поведении подростка, нежелание и неумение решать обычные житейские проблемы в связи с их постоянным философским осмыслением и склонностью теоретизировать по любому поводу.

-401-

Сверхценные психопатологические увлечения могут носить характер **доминирующих (сверхценных) или бредовых идей,** таких, к примеру, как: *идеи высокого происхождения, чужих родителей, эротического отношения, реформаторства и изобретательства,* которые способны существенно изменять поведение человека. При идеях высокого происхождения индивид, будучи убежденным в том, что фактически он происходит от знатного рода, богачей, политических деятелей стремиться доказать это на практике. Он ведет себя надменно, переполнен гордостью за себя и кучится высоким происхождением. Идеи чужих родителей выдвигаются на основании искаженного болезненного восприятия и интерпретации событий («я непохож на родителей»,

«никогда не видела фотографий матери, в состоянии беременности»). При идеях эротического содержания человек убежден, что один из окружающих (чаще начальник, известный политик, артист или человек, которому симпатизируют многие) тайно влюблен в него и иногда дает об этом знать в виде особых форм поведения, движений, жестов. Идеи реформаторства и изобретательства проявляются в убежденности сделанных индивидом больших открытий, способных изменить общество или отдельного человека и принести пользу многим.

Особым видом отклоняющегося поведения можно назвать патологическое увлечение человеком **сутяжнической деятельностью, кверулянтством.** Характерны является непреодолимое желание жаловаться в различные инстанции и по любому поводу. Кверулянт — это человек с повышенным чувством справедливости, желающий добиться правды даже в мелочах, однако не соизмеряющий реально негативные факты и способ борьбы с ними. Так, например, кверулянт способен долгие годы забрасывать письмами Кабинет Министров или президента с сообщением о плохом освещении в его подъезде или мусоре, который несколько дней не убирался с проезжей части дороги, проходящей под его окнами. Кверулянт склонен обращать любые жалобы в письменную форму, пытаться «всех вывести на чистую воду», посылая в высокие инстанции свои претензии.

К данной группе девиантного поведения относят расстройства влечений, которые способны привести к внутренней дезорганизации личности, а также существенным внешним проявлениям дисгармонии. Описывается следующая группировка расстройств влечений (ВАГурьева, В.Я.Семке, В.Я.Гиндикин):

Разница понятий «увлечение» и «влечение» заключается в том, что увлечение характеризуется осознанностью цели и мотива, ин-теллектуализированными эмоциями, их динамика непрерывна, а

Таблица 18

Группировка расстройств влечений

Первичные (истинные)	Вторичные	Спаянные с личностью
1) одолимые 2) неодолимые -насильственные -навязчивые 3) импульсивные	1) рефлекторно зафиксированные - стойкие (навязчивые, насильственные, псевдоимпульсивные) - транзиторные	1) приближающиеся к первичным 2) приближающиеся к вторичным

не приступообразна, они не осуществляются импульсивно, а появляются лишь после тяжелой борьбы мотивов. Влечения обладают противоположными характеристиками, однако при усилении пато-логичности увлечений могут появляться признаки, сближающие увлечения с влечениями.

К расстройствам влечений, которые проявляются выраженными отклонениями в поведении, традиционно относят: *клептоманию, пироманию, дромоманию, дипсоманию.* **Клептомания** характеризуется труднопреодолимым стремлением индивида совершать кражи. Следует отличать делинквентное стремление воровать и клептоманию, суть которой не является приобретение путем кражи какой-либо вещи. Самоцелью становится процесс воровства, связанный с ним риск. Выделяют две формы клептомании: аддиктивную и психопатологическую. При аддиктивной клептомания выступает эмоционально насыщенным поступком, совершение которого направлено на выведение себя из состояния безэмоциональности, скуки и неудовлетворяющей размеренности течения жизни. Она совершается с целью «встряхнуться», почувствовать жизнь «во всех красках». При этом выбирается один из самых рискованных способов воровства, когда человек может быть застигнут за совершением кражи и ему может грозить какое-либо наказание. При психопатологической форме клептомания является клиническим признаком и в отличие от аддиктивной появляется импульсивно, ей предшествует дисфори-ческий эпизод. Обычно клептомания входит в структуру патологических черт характера. **Пироманией** называется непреодолимое влечение к совершению поджогов, **дромоманией** — к бродяжничеству, **дипсоманией** — к запоям.

К рассматриваемой группе девиаций можно отнести навязчивости в виде ритуальных действий, являющихся своеобразной защитой

от невротических симптомов (тревоги, страха, беспокойства). **Навязчивые ритуалы** — это труднопреодолимые двигательные акты, выполняемые вопреки воле и внутреннему сопротивлению индивида, символически выражающие надежду предотвратить предполагаемое несчастье. Клинически они представлены разнообразными формами, появление и формирование которых зависит от: а) структуры психопатологического синдрома, защитой от которого являются ритуалы, б) этнокультуральных особенностей человека, в) специфики ситуации и предоставляемых ею возможностей совершения ритуала. Наиболее частыми формами ритуалов при нозофобиях (навязчивом страхе заболеть какой-либо болезнью) являются такие ритуалы, как: мытье рук, дезинфицирование посуды, ношение специальных масок или очков; при тревоги по поводу предполагаемых несчастий — ритуал ношения сумки пряжкой внутрь или наружу, запрет наступать на трещины в асфальте. Иногда ритуалы приобретают более сложные формы, к примеру, человек с тревожно-ипохондрическим синдромом опасающийся внезапного развития инфаркта миокарда строит свой маршрут по городу, основываясь на факте наличия медицинских учреждений по ходу следования. При невротических и шизофренических расстройствах ритуалы нередко приобретают причудливую форму — «при выходе из дома трижды открывать и закрывать дверь, чтобы не попасть под машину», «топнуть сначала пяткой правой ноги, затем стукнуть носком левой ноги о землю для того, чтобы избежать встречи с недоброжелателем», «выйти из вагона трамвая через переднюю дверь, чтобы затем не столкнуть родную мать под машину».

Девиантное поведение при расстройстве влечений может проявляться специфическими **двигательными привычками (патологическими привычными действиями):** *яктацией* (раскачиванием головой или всем туловищем), *онихофагией* (обкусыванием или жеванием ногтей), *сосанием пальца, ковырянием в носу, манерным щелчком пальцем, накручиванием волос* и др.

Характерологические и патохарактерологические реакции

Стереотипизация реакций человека на те или иные значимые события приводит к формированию т.н. характерологических или патохарактерологических паттернов. По мнению А.Е.Личко, патологическая реакция отличается от вариантов нормального поведения следующими параметрами: I) склонностью к генерализации, т.е. способностью возникать в самых различных ситуациях и вызы-

ваться самыми различными, в том числе неадекватными, поводами; 2) склонностью приобретать свойство патологического стереотипа, повторяя как клише по разным поводам один и тот же поступок; 3) склонностью превышать «потолок» нарушения поведения, никогда не превышаемый той группой, к которой он принадлежит; 4) склонностью приводить к социальной дезадаптации.

Описаны следующие типы реакций: *отказа, оппозиции, имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования со сверстниками и др.* **Реакция отказа** проявляется отсутствием или снижением стремления к контактам с окружающими. Такие люди отличаются малообщительностью, страхом перед новым, стремлением к уединению. Реакция отказа часто возникает у детей при отрыве их от родителей, привычной обстановки. **Реакция оппозиции** разделяется на *активную и пассивную оппозицию.* Активная характеризуется норочитой грубостью, непослушанием, неподчинением, вызывающим поведением и эпатажем окружающих и «виновников» реакции. Она может сопровождаться агрессивными действиями в виде физического воздействия, нецензурной брани, угроз и иных вербальных проявлений агрессии. Пассивная проявляется негативизмом, мутизмом, отказом от выполнения требований и поручений, замкнутостью при отсутствии агрессивным действий. **Реакции имитации** характеризуются стремлением во всем подражать определенному лицу или образу. Чаще всего в качестве идеала для подражания выбирают авторитетного или известного человека, литературного героя. Реакция компенсации отражается в стремлении скрыть или восполнить собственную несостоятельность в одной области деятельности успехом в другой. Известным фактом является более высокий средний уровень интеллектуального развития детей, страдающих какими-либо незначительными недугами или имеющими дефекты. **Реакция гиперкомпенсации** проявляется в стремлении добиться высших результатов именно в той области, где человек оказался несостоятельным. В основе **реакции эмансипации** лежит потребность в независимости и самостоятельности, отказ от опеки, протест против установленных правил и порядков. У взрослых она может проявляться в виде приобщения к движению за права национальных или сексуальных меньшинств, феминисток, борющихся за равноправие мужчин и женщин и т.д. **Реакция группирования** носит часто инстинктивный характер, однако она возможна и на основе психр-логических факторов, в частности в группе человек ищет защиты, снятия ответственности и пр.

Коммуникативные девиации

Отклоняющееся поведение может захватывать исключительно сферу общения, не проявляясь иными изменениями. При этом человек вступает в противоречие с реальностью, но активно не противостоит ей. Наиболее известными коммуникативными девиациями считаются такие, как: *аутистическое поведение (выбор одиночества, аскетизма), конформное поведение, гиперобщительность, вербальное поведение с преобладанием псевдологии и пр.*

Аутистическое поведение характеризуется отсутствием приспособления к действительности и требованиям повседневной жизни с уходом в мир фантазий, мечтаний, отказом от общения и выбором одиночества. *Одиночество* — это не только самоизоляция, ограничение контактов и внутренняя направленность интересов, это еще и эмоциональное подкрепление ухода от действительности. Именно на основании эмоциональной самооценки возможно разделение одиночества на гармоничное и дисгармоничное, т.е. сопровождающееся негативными переживаниями по поводу изоляции и отсутствия контактов или принимающее безэмоционально и неоценочно как данность положение вне общества и контактов. Первое следует обозначить как собственно одиночество, второе — как аутизм. Таким образом, понятие одиночества включает и переживание его, а аутизма — чисто внешние показатели одиночества и изоляции.

Kolbel различал четыре типа одиночества: 1) позитивный внутренний тип («гордое одиночество»), переживаемый как необходимое средство раскрытия новых форм свободы или новых форм общения с другими людьми; 2) негативный внутренний тип, переживаемый как отчуждение от своего «Я» и от других людей, чувство отчужденности, даже в окружении других

людей; 3) позитивный внешний тип, наличествующий в ситуации физического уединения, когда ведутся поиски нового позитивного опыта; 4) негативный внешний тип, наличествующий в том случае, когда внешние обстоятельства (смерть партнера, потеря контакта) ведут к весьма негативным ощущениям одиночества.

Одиночество как разновидность девиантного поведения формируется в связи множеством факторов. Возможно появление тягостного чувства одиночества и непонимания со стороны окружения при невротических и иных психопатологических расстройствам, в частности при депрессии. Переживанием собственной никчемности и одиночества может входить в структуру акцентуаций характера (по дистимному или сенситивному типу). D.Perlman и L.Peplau обнаружили при научном анализе восемь подходов к оценке формирования одиночества (таблица 19).

-406-

Противоположностью аутистического поведения выступает **гиперобщительнсть,** характеризующаяся повышенной потребностью в общении, желании разговаривать и взаимодействовать со многими партнерами по коммуникации и в течение максимально возможного времени. Девиацией у такого человека становится неумение даже короткое время находиться в одиночестве, вне общества. Гиперобщительность сопряжена с болтливостью, многоречивостью, а иногда и хронической манией — состоянием длительного повышения настроения, сочетающимся с неумением структурировать время, с беспечностью, безответственностью, необязательностью. Отклоняющееся поведение затрагивает окружающих, поскольку конфликты у такого индивида происходят из-за его неумения и нежелания слушать собеседника.

Конформистское поведение проявляется в склонности приспосабливаться к любому окружению, к любым точкам зрения и мировоззрению, жить не собственными интересами, а схемами, придуманными в обществе, игнорировать или не иметь своего взгляда на происходящие события. Конформист —- это человек без свойств. Основная его способность — быть незаметным, «как все», не проявлять никаких реакций, которые могли бы отличаться от общепринятых и традиционных, полная подчиняемость без внутренней борьбы. Удовлетворение такому индивиду приносит попадание в резонанс с общими интересами, привычками, навыками. Он склонен использовать поведенческие и речевые штампы: одеваться по форме, тра-фаретно говорить, используя, к примеру, бюрократический язык.

Особой разновидностью коммуникативных девиаций считается поведение, при котором человек руководствуется **псевдологией.** При данной форме отклоняющегося поведения человек склонен, активно и часто использовать ложные (неправдивые) высказывания. Он лжет не ради получения какой-либо выгоды, а с целью привлечения к собственной персоне внимания или для провоцирования окружающих. Псевдологическое поведение носит аддиктивный или патоха-рактерологический оттенок. Выгода заключается в изменении своего психологического состояния (удовлетворения от признания и привлечения внимания, радости от введение в заблуждение или запутывания собеседника, успокоения от причинений партнеру вреда).

В сфере общения выделяется такой феномен как **елейность поведения.** Данный тип девиантного поведения встречается часто при эпилептических изменениях личности, а также в рамках эпилептоидных черт характера. Под елейностью понимают слащавость, умильность и угодливость в обращении с окружающими, которая вос-

-408-

принимается как неестественность и нарочитость, тем более, что за подобным.внешним поведением редко стоит истинные чувства и эмпатия.

Безнравственное и аморальное поведение

Отклоняющееся поведение может нарушать нормы этики и нравственности, которые закреплены в понятии общечеловеческих ценностей. Под ними понимается добровольный отказ

отряда поступков, могущих причинить вред окружающим. Они устанавливаются с помощью обычаев. Общим для них является заповедь: «Поступай по отношению к другим так, как хотел бы, чтобы поступали по отношению к тебе».

Безнравственным называют отклоняющееся поведение в виде действий и деятельности, результаты которых объективно противоречат нравственным нормам независимо от оценки личностью, их совершающей.

Аморальное повеление — это безнравственное девиантное поведение, которое оценивается личностью, как безнравственное.

К грехам, описываемым как безнравственное поведение относят: алчность, гордыню, уныние, чревоугодие, прелюбодеяние (похоть), тщеславие, зависть и др. Нравственные законы часто спаяны с духовностью и религиозностью, однако существуют и конфессиональные разночтения нравственных законов.

Неэстетичное поведение

Центральным пунктом данного вида девиантного поведения является степень ориентации ценностей личности на такие параметры, как *красота, гармония, вкус*. Неэстетичное поведение не является патологическим, как и безнравственное или аморальное. Однако, оно способно приводить к межличностным конфликтам и рассматриваться как существенная составляющая целостности личности. К неэстетичному поведения относят отказ от правил и принципов эстетики в различных сферах: питании, одежде, высказываниях и др. Основой оценки поведения человека как неэстетичного являются принципы: *гармоничности, пропорциональности, симметрии, красоты, прекрасности и возвышенности, совершенства.*

Описана **эстетическая способность** индивида, под которой понимается совокупность индивидуально-психологических особенностей

-409-

человека, благодаря которым открывается возможность осуществлять эстетическую деятельность — эстетически воспринимать и переживать явления действительности и искусства, оценивать их посредством суждения вкуса и соотнося с идеалом, создавать различные новые эстетические ценности.

При отклоняющемся поведении человек может быть интактным по отношению к миру прекрасного и эстетике. Он может быть сосредоточен на низменном в противовес возвышенному; уродливом в противоположность прекрасному; грубом, а не изящном; ужасном и безобразном, но не чудесном; сарказме или иронии вместо добродушного юмора.

В клинике неэстетичное поведение проявляется, к примеру, неаккуратностью, неопрятностью или нечистоплотностью человека, отсутствием хороших манер при еде, общении или вкуса в одежде и непониманием возвышенных чувств.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

Вопрос 1. Система поступков или отдельные поступки, противоречащих принятым в обществе нормам и проявляющихся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением называется:

а) криминальным поведением

б) адциктивным поведением

в) делинквентным поведением

г) патохарактерологическим поведением

д) девиантным поведением

Вопрос 2. Выделяют все нижеследующие виды нарушения взаимодействие индивида с реальностью за исключением:

а) приспособление

б) противостояние

в) болезненное противостояние

г) уход

д) игнорирование

Вопрос 3. Признаками психической патологии и психопатологическими расстройствами обусловлен следующий вид нарушения взаимодействия с реальностью:

а) приспособление

б) противостояние

-410-

в) болезненное противостояние

г) уход

д) игнорирование

Вопрос 4. У людей с гиперспособностями, как правило, встречается следующий тип нарушения взаимодействия с реальностью:

а) приспособление

б) противостояние

в) болезненное противостояние

г) уход

д) игнорирование

Вопрос 5. Выделяются все нижеследующие типы девиантного поведения за исключением:

а) криминального

б) делинквентного

в) аддиктивного

г) на базе гиперспособностей

д) психопатологического

Вопрос 6. Основой для диагностики делинквентного поведения являются:

а) аггравация

б) перверсии

в) девиации

г) проступки

д) преступления

Вопрос 7. Одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния называется:

а) криминальной

б) делинквентной

в) аддиктивной

г) патохарактерологической

д) психопатологической

Вопрос 8. Сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций является признаком:

а) криминального поведения

б) делинквентного поведения

в) аддиктивного поведения

г) патохарактерологического поведения

д) психопатологического поведения

-411-

Вопрос 9. Психологическим антиподом аддиктивной личности выступает:

а) гармоничный человек

б) обыватель

в) человек с гиперспособностями

г) преступник

д) психически больной

Вопрос 10. Феномен «жажды острых ощущений» является типичным для:

а) криминального поведения

б) аддиктивного поведения

в) делинквентного поведения

г) патохарактерологического поведения

д) психопатологического поведения

Вопрос 11. По мнению Э.Берна, у человека существует все нижеприведенные виды «голода» за исключением:

а) голода по сенсорной стимуляции

б) голода по признанию

в) сексуального голода

г) структурного голода

д) экзистенциального голода

Вопрос 12. По мнению Н.Пезешкиана, существуют все нижеследующие типы «бегства от реальности» за исключением:

а) бегства в тело

б) бегства в фантазии

в) бегства в контакты и одиночество

г) бегства в сексуальность

д) бегства в работу

Вопрос 13, Основой девиантного поведения при патохарактерологи-ческом типе являются:

а) психопатологические симптомы

б) психопатологические синдромы

в) девиации характера (акцентуации и психопатии)

г) патология характера, связанная с психическим заболеванием

д) патология личности, связанная с психическим заболеванием

Вопрос 14. Наиболее часто агрессивность значительной степени выраженности, неподдающаяся волевой коррекции, входит в структуру:

а) астенического синдрома

б) эксплозивного синдрома

в) психастенического синдрома

г) депрессивного синдрома

д) синдрома Жиля де ля Туретта

.in.

Вопрос 15. Суицидальное поведение, связанное с кризисными ситуациями в жизни и личными трагедиями, называется:

а) психогенным

б) эгоистическим

в) альтруистическим

г) дистимическим

д) анемическим

Вопрос 16. К эстетической категории суицидального поведения относится:

а) место суицида

б) время суицида

в) способ суицида

г) длительность суицида

д) значимость суицида

Вопрос 17. Аддиктивные парасуицидальные попытки совершаются с целью:

а) привлечения внимания к собственной персоне

б) вывести себя из состояния безэмоциональности и скуки

в) безболезненно уйти из жизни

г) уйти из жизни при тайных обстоятельствах

д) уйти из жизни ради блага человечества

Вопрос 18. Лица с истерическими расстройствами личности чаще выбирают:

а) групповые способы суицидального поведения

б) недемонстративные способы суицидального поведения

в) недемонстративные способы парасуицидального поведения

г) демонстративные способы суицидального поведения

д) демонстративные способы парасуицидального поведения

Вопрос 19. Стремление применения опьяняющих веществ с- целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта называется:

а) гедонистической мотивацией

б) атарактической мотивацией

в) псевдокультурной мотивацией

г) субмиссивной мотивацией

д) мотивацией с гиперактивацией поведения

Вопрос 20. При атарактической мотивации при применении опьяняющих веществ происходит:

а) выравнивание настроения

б) повышение настроения

-413-

в) понижение настроения

г) инверсия настроения

д) появление патологического аффекта

Вопрос 21. К наркотическим веществам, обладающим эйфоризирую-щим эффектом и способствующим быстрому и резкому повышению настроения, появлению смешливости, благодушия, радости, относятся все нижеперечисленные за исключением:

а) ЛСД

б) опия

в) морфина

г) транквилизаторов

д) марихуаны

Вопрос 22. Изменения психической деятельности, сопровождающиеся галлюциногенным эффектом и иными выраженными психопатологическими расстройствами, наблюдаются при использовании всех нижеперечисленных наркотических веществ за исключением:

а) ЛСД

б) кодеина

в) марихуаны

г) транквилизаторов

д) кокаина

Вопрос 23. Неспособность человека отказаться от предлагаемого окружающими приема алкоголя или наркотических веществ отражает:

а) гедонистическую мотивацию

б) атарактическую мотивацию

в) псевдокультурную мотивацию

г) субмиссивную мотивацию

д) мотивацию с гиперактивацией поведения

Вопрос 24. Понятие партнерской сексуальной нормы включает все нижеследующие критерии за исключением:

а) количества одновременно взаимодействующих партнеров

б) зрелости партнеров

в) стремления к достижению обоюдного согласия

г) гетеросексуальной направленности влечения

д) отсутствия ущерба собственному здоровью

Вопрос 25. Сексуальное влечение взрослого человека к подросткам называется:

а) педофилией

б) эфебофилией

в) ювенилофилией

г) геронтофилией

д) промискуитетом

-414-

Вопрос 26. Вуайеризм — это:

а) сексуальное влечение к кровным родственникам

б) сексуальное влечение и удовлетворение от обнажения собственных половых органов в обществе

в) сексуальное влечение и удовлетворение от подглядывания за обнажением других

г) сексуальное влечение к животным

д) сексуальное влечение и удовлетворение от контакта с лицами иной расы

Вопрос 27. Инверсия половой (сексуальной) идентификации происходит при:

а) гомосексуализме

б) транссексуализме

в) фетишизме

г) эксгибиционизме

д) вуайеризме

Вопрос 28. Увлеченность азартными играми называется:

а) трудоголизмом

б) фетишизмом

в) картингом

г) серфингом

д) гемблингом

Вопрос 29. «Параной здоровья» — это:

а) сверхценное увлечение сыроедением

б) сверхценное увлечение голоданием

в) сверхценное увлечение оздоровительными процедурами

г) сверхценное увлечение спортом

д) все ответы верны

Вопрос 30. Человек с повышенным чувством справедливости, желающий добиться правды даже в мелочах, однако не соизмеряющий реально негативные факты и способ борьбы с ними называется:

а) параноиком

б) кверулянтом

в) дипсоманом

г) ипохрндриком

д) псевдологом

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Ю.М.Антонян, С.В.Бородин. Преступность и психические аномалии. М, 1987, 208 с.

Ю.М. Антонян, В.В.Гульдан. Криминальная патопсихология. М., 1991, 248 с.

Л.М.Балабанова. Судебная патопсихология. М., 1998, 432 с.

Б. С.Братусь. Аномалии личности. М., 1988, 301 с.

Б.С.Братусь, П.И.Сидоров. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М., 1984, 144 с.

В.А.Гурьева, В.Я.Семке, В.Я.Гиндикин. Психопатология подросткового возраст. Томск., 1994, 310 с.

К.Имелинский. Сексология и сексопатология. М., 1986,424 с.

М.В.Коркина, М.А.Цивилько, В.В.Марилов. Нервная анорексия. М., 1986, 176 с.

Ц.П.Короленко, Т.А.Донских. Семь путей к катастрофе. Новосибирск, 1990,224 с.

Лабиринты одиночества. М.г 1989, 624 с.

К.Леонгард. Акцентуированные личности. Киев, 1981, 392 с.

А.Е.Личко. Подростковая психиатрия. М., 1985,416 с.

А.Е.Личко, В.С.Битенский. Подростковая нарколргия. Л., 1991, 304с.

М.М.Мальцева, В.П.Котов. Опасные действия психически больных. М, 1995, 256 с.

В.А.Петровский. Психология неадаптивной активности. М., 1992, 224 с.

К.К.Платонов. Структура и развитие личности. М., 1986,256 с.

Л. Пожар. Психология аномальных детей и подростков — патопсихология. М.-Воронеж, 1996,128 с.

А.А. Ткаченко. Аномальное сексуальное поведение. М., 1997, 426 с.

Л.З. Трегубов, Ю.Р. Вагин. Эстетика самоубийства. Пермь, 1993, 268 с.

Э.Фромм. Анатомия человеческой деструктивности. М, 1994, 447 с.

Глава 9
СПЕЦИАЛЬНЫЕ РАЗДЕЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Клиническая психология тесно связана с другими разделами психологической науки и практики. Она не может существовать без основ общей психологии при оценке нормативов функционирования познавательных процессах, адекватности и гармоничности индивидуально-психологических особенностей личности, без психологии общения, значимой для установления эффективного взаимодействия между врачом и пациентом, а также игнорируя возрастные параметры становления психической деятельности и влияния семейных отношений на этиопатогенез невротических и психосоматических заболеваний, из профилактику, реабилитацию и терапию.

К специальным разделам клинической психологии относят **возрастную клиническую психологию и семейную клиническую психологию.**

Возрастная клиническая психология*

Социальные и биологические составляющие нормального и аномального развития человека

Трюизм: «Человек является биосоциальным существом» нередко заслоняет оценку раздельного вклада биологических и социальных факторов в становление различных психических феноменов, в развитии человека, в целом. Традиционная для практической медицины рекомендация «не вмешиваться в процесс созревания психики и формирования оптимального уровня здоровья», неспособность четко отграничить норму от патологии в детском и подростковом возрасте и уклониться от активного лечения («израстется») отражает существование актуальной научной проблемы, далекой от разрешения. Сферой интереса возрастной клинической психологии являются психические процессы и состояния, анализ протекания возрастных кризов, психосоматические взаимовлияния на различных эта-

-417-

пах развития человека — от периода новорожденности до глубокой старости.

Для формирования индивидуально-психологических качеств человека значимым оказывается как биологическая, так и социальная составляющие развития. Без соответствующего «материального обеспечения», т.е. наличия высокоразвитой нервной системы человеческого мозга, любые попытки, имевшие место в науке, путем соответствующего воспитания и обучения антропоидов добиться очеловечивания оказались безуспешными. Об этом же свидетельствуют и многочисленные клинические примеры, когда наличие врожденного или приобретенного дефекта в структурах мозга является причиной недоразвития или остановки и регресса в развитии психики ребенка и взрослого человека, а также появление личностных аномалий.

То же касается второго из этих слагаемых — «социального». Выпадение даже самого хорошего «материала» — интактного человеческого мозга — из социума в самом начале его развития (пример, когда маленькие дети отрываются от человеческого сообщества и оказываются среди животных) приводит к полному подавлению развития («очеловечивания») ребенка. Однако, конкретный ребенок находится не в социуме вообще, а взаимодействует с конкретными людьми, имеющими свой индивидуальный характер, определенную культуру, интеллект и т.д., что нередко называют «социальной микросредой». Даже такое обозначение социальной среды для реальной оценки оказывается явно недостаточным, так как в данном случае игнорируется сам ребенок, считается, что он остается неизменным. В процессе развития ребенка к началу каждого возрастного периода между ребенком и окружающей его микросредой складываются исключительные и неповторимые отношения. Эти отношения и есть суть *социальной ситуации развития ребенка.* Поэтому при анализе процесса необходимо учитывать, что для каждого периода развития ребенка является характерным и новый тип отношений между ним и окружающей его социальной средой. Становление психики ребенка, его развитие возможны при адекватном вовлечении в мир социальных взаимоотношений и обучении запасам знаний, накопленных предыдущими поколениями. Обучение, по мнению Л.С. Выготского, всегда должно идти впереди развития, создавая у ребенка *«ближайшую зону развития».* **«Ближайшая зона развития»** — это разница между тем, что ребенок может делать сам и что — с помощью взрослых.

-418-

Развитие и обучение неверно рассматривать как изолированные процессы: они едины. Обучение, следуя впереди, должно учитывать закономерности психического развития ребенка и его возможности. Поэтому для врача и клинического психолога-практика крайне важным является понимание закономерностей развития психики ребенка, т.к. оно не является простым количественным переходом от одного возраста к другому, а всегда представляет собой определённые качественные скачки. При этом нужно анализировать, по крайней мере, два параметра: изменение места, которое он занимает в системе человеческих отношений, и изменение деятельности в данных конкретных жизненных условиях.

Для диагностики психического развития ребенка особенно важна оценка **ведущей деятельности,** которая характеризуется: формированием внутри нее новых видов деятельности, характерных для следующего возрастного периода; созреванием или перестройкой частных процессов (например, воображения — в абстрактное мышление и т.д.); основными психологическими изменениями личности. Однако ведущий тип деятельности и та социальная

среда, в которой растет и развивается ребенок, очень быстро начинают вступать в противоречия с новыми потребностями ребенка и старыми условиями их удовлетворения. Именно эти противоречия являются движущими силами развития психики. Поэтому критериями развития психики являются **новообразования,** которые представляют собой те психические и социальные изменения, которые впервые возникают на данной возрастной ступени и определяют сознание ребенка, его отношение к среде, внутреннюю и внешнюю жизнь. Сами новообразования, в свою очередь, сказываются важными проявлениями развития, когда стабильный период прерывается скачкообразными изменениями в психике ребенка в виде возрастных кризисов. **Возрастные психологические кризисы** — особые, относительно непродолжительные по времени (до года) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями. Для них также характерны:

1) размытость границ начала и конца;

2) резкое обострение в середине возрастного периода;

3) относительная трудновоспитуемость детей по сравнению с периодом стабильного развития;

4) негативный, разрушительный характер («пустыня отрочества», по Л.Н. Толстому).

-419-

Чем неполноценнее первичный материал и чем хуже учитывает социум индивидуальные особенности развития ребенка, чем больше выражены возрастные кризисы, тем хуже они могут отразиться на будущей личности. Поэтому для врача и клинического психолога важно знание периодов и основных закономерностей развития психики в каждый из них. В настоящее время большинством психологов принята следующая возрастная периодизация:

- период новорожденности — до 1 месяца;
- период младенчества — 1-12 месяцев;
- период раннего детства — 1 -4 года;
- дошкольный период — 4-7 лет;
- младший школьный — 7-12 лет;
- подростковый период — 12-16 лет;
- ранняя юность — 16-19 лет;
- поздняя юность — 19-21 год.
- молодость (ранняя зрелость) — 21-35 лет;
- зрелость — 35-60 лет;
- первая старость (пожилой возраст)- 60-75 лет;
- старость (преклонный возраст) — 75-90 лет;
- долгожительство — старше 90 лет.

Каждый из возрастных периодов имеет свои специфические параметры нормы и аномалий, в каждом из них возможна ретардация или ускорение развития, появление черт, свойственных иным возрастным периодам, а также типичные характерологические реакции и психосоматические взаимовлияния.

Психические особенности и психосоматические расстройства в период новорожденности, младенчества и раннего детства

Рождение ребенка резко изменяет привычную среду обитания, характерную для эмбриона. С первых же минут вступают в действие безусловные рефлексы, контролирующие работу основных систем организма — дыхание, кровообращение, пищеварение, обеспечивающие основные биологические потребности ребенка. Однако этого набора рефлексов было бы явно недостаточно

для адаптации к окружающему миру, если бы рядом не было взрослого, активно взаимодействующего с ребенком. Необходимы и способности ребенка к обучению в виде приобретения сначала простых, а затем и более сложных условных рефлексов.

- 420 -

В отличие от животных, новорожденный оказывается настолько беспомощным, что взрослый для него всегда является «психологическим центром всякой ситуации». В этот период развития ребенок оказывается особенно чувствительным к речи взрослого и готовности к общению. Чувство удовлетворения ребенок проявляет эмоциональной реакцией — мимикой, жестами, вокализацией. Положительная эмоциональная реакция на человека, чаще мать, возникает раньше, чем на физические объекты. Это явление было обозначено как *«комплекс оживления».* К концу первого месяца в ответ на ласковое выражение лица взрослого человека у ребенка начинает появляться улыбка — первый социальный жест, психическое новообразование, знаменующее переход от периода новорожденности к периоду младенчества.

На третьем месяце жизни младенца «комплекс оживления» оформляется в целостную систему, включающую в себя дополнительно *двигательное оживление и вокализацию.* На третьем этапе весь «комплекс оживления» становится уже привычной формой выражения положительных эмоций и выполняет социальную функцию общения. Сенсорная и эмоциональная психическая депривация, особенно в течение первого полугодия, даже при условии полноценного ухода за ребенком может привести к задержке его психического, а нередко и моторного развития.

Не все механизмы взаимодействия взрослого с ребенком ясны, но установлено, что их эмоциональное общение значительно увеличивает эмпэтический потенциал ребенка, делает его психику более гибкой и пластической, развивает познавательную активность. В свою очередь, смена эмоционального общения на ситуативно-деловое с использованием речи повышает речевую активность ребенка, он постигает азы социального взаимодействия, овладевает моторикой, познает пространство. К концу периода младенчества появляется способность к пониманию человеческой речи, начинают произноситься первые самостоятельные слова. Младенец овладевает простейшими предметными действиями. Ведущее значение в психическом развитии ребенка приобретает удовлетворение его новых потребностей — в общении с людьми, в новых впечатлениях.

Младенческий возраст заканчивается **кризисом первого года жизни,** обусловленным становлением ходьбы и речи. В этот период времени для младенца бывают характерными акты протеста, оппозиции, противопоставление себя другим (гипобулические реакции Кречмера). В некоторых случаях оппозиция ребенка принимает характер «истерик», аффективно-респираторных судорог, припадков.

-421-

Становление ходьбы знаменует собой период раннего детства (1-3 года). Социальная среда развития характеризуется тем, что ребенку становится доступным окружающий его мир вещей и предметов, которые его притягивают или отталкивают. Его действия и даже речь определяются этой наглядной ситуацией. Поведение ребенка характеризуется единством моторных и сенсорных функций (все, что он видит, ему необходимо потрогать руками) и недостаточной дифференцированностью аффектов и восприятия. Ведущая деятельность ребенка этого возраста — *предметно-манипулятивная.* Она касается прежде всего игры. Для ребенка нет воображаемой ситуации, нет ролей, он осваивает функции предметов и вещей; мяч он катает, автомобиль толкает, кукла или ходит, или кладется на кровать и т.д. Важным является то, что появляется понимание, что каждая вещь имеет свое имя, свое назначение. Если для младенца окружающий мир — фон, то словесное восприятие ребенка («А что это?», «Как это называется?») позволяет структурировать внешний мир. Происходит выделение фигуры из фона.

Являясь ведущей для ребенка, предметная деятельность способствует развитию познавательных процессов. Переход от ручных операций к орудийным приводит к зарождению наглядно-действенного мышления, формируются общие понятия. Активно развивается речь: растет словарный запас, появляются слова-предложения, они сменяются двухсловными предложениями. К трем годам ребенок овладевает грамматикой, почти всеми падежами и всеми предметными отношениями.

Предметная деятельность приводит к изменению и в мотивационной сфере: происходит постепенная смена аффективных поступков контролируемыми. Отношение ребенка к окружающим его людям и их оценка зависят от того, как они относятся к ребенку. Постепенно к 3 годам формируются более тонкие эмоции. Важным новообразованием этого возраста является *осознание собственного «Я»,* выделение себя из окружающего мира, что сопровождается *стремлением к самостоятельности:* «Я сам», «Я хочу» и наиболее ярко проявляется в **кризисе 3 лет**. Основные его проявления — негативизм, строптивость, своеволие (обесценивание, принижение ценностей, деспотизм, ревность). Степень выраженности кризиса трех лет зависит от того, насколько взрослые учитывают изменившуюся ситуацию развития. Если они продолжают ограничивать его самостоятельность, ущемляют свободу ребенка, ограничивают его инициативу, то возникает своеобразный бунт — протест, свидетельствующий о необходимости коррекции воспитательных мер со стороны взрослых.

Из психопатологических и психосоматических расстройств, характерных для периода новорожденности, младенчества и раннего детства выделяют (В.В.Ковалев) такие синдромы, как: *синдром невропатии, синдром раннего детского аутизма, гипердинамический синдром, синдромы страха.*

При **невропатии** характерными становятся разнообразные астенические проявления: повышенная раздражительность и возбудимость, капризность, неустойчивость настроения, быстрая истощаемость, выраженная пугливость, нарушения сна и соматовегетативные симптомы (срыгивания, рвоты, запоры, нарушения аппетита, избирательность питания, субфебрилитет, вегетативные кризы и обмороки).

Синдром раннего детского аутизма характеризуется выраженной недостаточностью или полным отсутствием потребности в контакте с окружающими, эмоциональной холодностью или безразличием к близким, страхом новизны, любой перемены в окружающей обстановке, болезненной приверженностью к рутинному порядку, однообразному поведению со склонностью к стереотипным движениям, расстройствами речи, иногда до полной «речевой блокады». Первым признаком раннего детского аутизма часто выступает отсутствие свойственного здоровым детям «комплекса оживления», а затем нарушением способности дифференцировать людей и неодушевленные предметы, нежеланием вступать в контакт, безэмоциональностью или паратимиями (неадекватными аффективными реакциями)в сочетании со страхом новизны. В раннем детстве к перечисленным клиническим проявлениям присоединяются однообразные манипуляции с предметами вместе игр, использование нетрадиционных для игровой деятельности предметов. Типичными являются и нарушения психомоторики в виде угловатости, несоразмерности произвольных движений, неуклюжести, отсутствии содружественных движений, а также расстройства речи (от отсутствия до преобладания «автономной речи» — разговора с самим собой).

Гипердинамический синдром проявляется, в первую очередь, двигательной расторможённостью, неусидчивостью и иными признаками гиперактивности в сочетании с нарушениями внимания (иногда он обозначается *синдромом дефицита внимания).* Характерными проявлениями данного синдрома являются:

1. Часто наблюдаемые беспокойные движения в кистях и стопах (сидя на стуле, ребенок корчится, извивается).

2. Невозможность спокойно сидеть на месте, когда от него это требуют.

3. Легкая отвлекаемость на посторонние стимулы.

4. Нетерпеливость (с трудом дожидается своей очереди во время игр и в различных ситуациях в коллективе).

5. Суетливость (на вопросы часто отвечает не задумываясь, не выслушав их до конца).

6. При выполнении предложенных заданий испытывает сложности (не связанные с недостаточным пониманием или'нега-тивным поведением).

7. С трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.

8. Часто переходит от одного незавершенного действия к другому.

9. Не может играть тихо спокойно.

10. Болтливость.

11. Назойливость (часто мешает другим, пристаёт к окружающим (например вмешивается в игры других детей).

12. Часто складывается впечатление, что ребёнок не слушает обращенную к нему речь.

13. Рассеянность (часто теряет веши необходимые в школе и дома (например, игрушки, карандаши, книги и т.д.).

14. Снижение чувства опасности (часто совершает опасные действия, не задумываясь о последствиях, При этом не ищет приключений или острых ощущений (например, перебегает улицу, не оглядываясь по сторонам).

Синдромы страха являются типичными для детей периода раннего детства. Они представляют собой гамму разнообразных по клинической форме феноменов. Страхи могут носить *дифференцированный и недифференцированный характер,* быть *навязчивыми, сверхценными или бредовыми по структуре.* Специфичными являются ночные страхи и страх темноты.

К характерным для детей в период новорожденности, младенчества и раннего детства являются такие психосоматические расстройства, как (Д.Н. Исаев): *младенческая колика, аэрофагия, срыгивания, отсутствие аппетита (анорексия), извращение аппетита, жвачка (мерицизм), недостаточная прибавка массы тела или тучность, запор (констипация), энкопрез (недержание кала).*

Младенческая колика, или «колики трехмесячного» проявляется приступами, сопровождающимися физической болью и эмоциональной реакцией на нее в виде громкого крика у ребенка 3-4 месяцев, возникающих, как правило, во второй половине дня и длящихся от нескольких минут до нескольких часов.

Аэрофагия характеризуется заглатыванием большого количества воздуха у жадно сосущих детей с последующим громким звуком вырывания воздуха наружу (отрыжкой).

Срыптания в виде извержения небольших количеств пищи, поступившей во время кормления, наблюдаются в возрасте 4-18 месяцев и при психосоматическом генезе связаны с процессом чрезмерно жадного заглатывания пищи, быстрого сосания.

Анорексия входит в структуру невропатических проявлений и характеризуется утратой влечения к пище и негативизмом при кормлении. Значимым является психогенный фактор в виде неправильного воспитания (например, отрыва от матери).

Извращение аппетита (симптом Пика) обычно развивается на 2-3 году жизни и характеризуется употреблением в пищу несъедобных веществ (угля, глины, бумаги), что может быть связано с отвержением детей при неправильном типе воспитания.

Жвачка (мерицизм) рассматривается как невропатический симптом и проявляется в виде повторного пережевывания пищу после того, как заглоченная и переваренная пища отрыгивается.

Изменения массы тела (недостаточная прибавка или тучность) характерны для невропатических реакций при депривации или иных психогенных факторах.

Запор (констипация) может быть связан с эмоциональными нарушениями, проявляющимися депрессией, и нарушениями коммуникации с формированием навязчивого страха перед дефекацией в силу болезненности акта или повышенной стыдливости и застенчивости ребенка. Во втором случае констипация проявляется в новых условиях или вне дома, а затем ее проявления становятся связанными с физиологическими закономерностями.

Энкопрез (недержание кала) в виде непроизвольного выделения кала до соответствующей обстановки обусловлен часто ретардацией формирования контроля за деятельностью анального

сфинктера. Часто данный симптом обусловлен невропатическими расстройствами вслед за психогениями.

Психические особенности и психосоматические расстройства у детей дошкольного и младшего школьного возраста

Социальная ситуация развития дошкольного возраста заключается в расширении предметного мира и необходимости действия в мире реальных вещей в силу формирования самосознания. Для ребенка этого возраста не существует отвлеченного познания, крити-

ческого созерцания, и поэтому способ освоения окружающего мира — это действия в мире реальных предметов и вещей, но ребенок пока не владеет способами осуществления этих действий. Это противоречие может решиться только в одном типе деятельности, которое носит название игры. Игра — такая деятельность, мотив которой лежит не в результате, а в содержании самого действия.

Игра для дошкольников является ведущей деятельностью и характеризуется: воображаемой игровой ситуацией; выделением знаний и смыслов, что лежит в основе формирования образно-схематического мышления; развитием активного запоминания; обобщенным характером игры; наличием ролей (такие игры, в которых разыгрываются обобщенные социальные функции (всадник, доктор, солдат и т.д.).

В процессе игры ребенок начинает выполнять определенную социальную роль. Принимая на себя те или иные роли, он как бы примеряет определенные социальные функции. В ролевой игре можно сравнить свои возможности с возможностями других детей, лучше познать себя. Взамен «Я сам» постепенно формируется истинное самосознание.

С развитием ребенка ролевые игры перерастают в *игры с правилами.* Игры с правилами стимулируют достижения определенных социально значимых целей. Формируется *самооценка, уровень притязания.* С другой стороны, в играх с правилами ребенок обучается ограничивать свои желания, подчиняться запретам. Он приобретает опыт руководства, но не такой, какой ему хочется, а в соответствии с определенными требованиями, нормами и запретами. В игре происходит становление нравственных основ, формируются мотивы поведения и воли ребенка.

В игре как ведущем виде деятельности активно формируются психические процессы: обогащаются восприятие, активная память и внимание. Ролевая игра приводит к переходу от наглядно-действенного мышления к словесно-логическому, освоению смыслов, формированию воображения, развитию моторики.

Игра создает «зону *ближайшего развития».* Л.С. Выготский писал: «Игра в конденсированном виде содержит в себе, как в фокусе увеличительного стекла, все тенденции развития...». Игровая деятельность как ведущая должна подготовить ребенка к школе, развить у дошкольников те свойства личности и психические процессы, которые необходимы для успешного обучения в начальных классах. Какие же требования предъявляются к старшему дошкольнику? Сформированность прежде всего образного мышления и наличие у него зачаточных умений — выделить учебную задачу и превратить ее в самостоятельную цель деятельности (познавательная потребность).

Интеллектуальная готовность ребенка к школе важная, но не единственная предпосылка успешного обучения. Важным является отношение ребенка к школе, к учебе, к учителям, к самому себе («социальная позиция»). *Формирование «социальной позиции»* по отношению к школе требует не только осознания как источника знаний, но и ее эмоционального отношения. Ребенку необходимо научиться входить в детское общество, действовать совместно с другими, уступать, подчиняться.

Особое место в психологическом развитии старшего дошкольника занимает *общение со взрослыми,* которое носит преимущественно внеситуативно-личностный характер. Такое общение характеризуется усвоением ребенком особой позиции в отношении взрослого — позиции ученика, что является ценной предпосылкой для обучения в школе.

Переход из дошкольного возраста в младший школьный нередко сопровождается кризисом 7 лет. Для кризиса 7 лет характерны: 1) утрата детской непосредственности; 2) манерничанье, капризы, в поведении — нарочитость, нелепость, вертлявость, паясничание, клоунада, ребенок строит из себя шута; 3) начало дифференциации внутренней и внешней стороны личности ребенка; 4) объектом анализа становятся субъективные переживания: «Я радуюсь», «Я огорчаюсь»; 5) формирование аффективного обобщения, логика чувств.

К возрасту 6-7 лет одной из основ изменения психологической деятельности ребенка, его личностных особенностей является формирование новой деятельности — учебной, которая становится ведущей. Сущность *учебной деятельности* заключается в усвоении научных знаний через обогащение и перестройку личности ребенка, что проявляется в изменениях уровня знаний, навыков, умений, в умственных операциях и в особенностях личности. Однако переход из дошкольного в младший школьный возраст происходит не автоматически, а путем перевода игровой деятельности в учебную через . правильное сочетание реально действующих и понимаемых мотивов.

Развитие личности младшего школьника может нарушаться вследствие двух причин: 1) неправильного понимания иерархии потребностей в результате недостатков воспитания и обучения; 2) недостаточного развития функциональных систем мозга, обеспечивающих учебную деятельность. В свою очередь, учебная деятельность связана с формированием *самооценки личности.* Для детей получае-

-427-

мые отметки важны не только как способ оценивания их знаний, но и одновременно как оценка их личности, их возможностей и места среди других. Поэтому у отличников формируется завышенная самооценка, у плохо успевающих — заниженная. *Коррекция самооценки* — важный момент, который требует сравнивания ребенка только с самим собой. Важным является использование поощрения. Похвала важна в присутствии других, порицание — наедине. Как похвала, так и порицание должны касаться не глобально человека, а отдельных сторон его личности или отдельных операций; учебная деятельность приводит к изменению и психических процессов, среди которых наиболее важным является развитие высших чувств — чувства товарищества, долга, ответственности, коллективизма; интеллектуальных чувств — любознательности, удивления, сомнения, удовольствия от удачного решения задачи. Успех в учении — единственный источник внутренних сил ребенка, рождающих энергию для преодоления трудностей.

Из типичных для ребенка дошкольного и младшего школьного возраста психопатологических синдромов можно назвать *синдром ухода и бродяжничества, синдромы патологического фантазирования.*

Синдром ухода и бродяжничества характеризуется повторяющимися уходами ребенка из дома или из школы, поездками в другие районы города или иные населенные пункты, стремлением бродяжничать и путешествовать. Нередко от обусловлен микросоциальной средой и реакцией ребенка на психотравмирующую ситуацию в семье или в школе.

Синдромы патологического фантазирования включают живость воображения, склонность к смешиванию вымысла, фантазии и реальности. Часто первым признаком синдрома патологического фантазирования выступает своеобразие игровой деятельности ребенка, во время которой он на длительный период способен «перевоплотиться» в животное, выдуманный образ или неодушевленный предмет. Возможны различные пути формирования данного синдрома — от психогенно-личностного, связанного с формированием и преобладанием шизоидного или истерического радикала в характере ребенка, до эндогенного (шизофренического), обусловленного нарушениями коммуникативных способностей.

Из психосоматических расстройств, главенствующую роль играют *цефалгии (головные боли) и боли в животе, лихорадки неясного генеза, психогенная рвота, запоры или поносы (диарея) и энкопрез.*

-428-

Психологическне особенности и психосоматические расстройства у подростков

В настоящее время к подросткам принято относить детей 12-15 лет, причем период 11-12 лет определяется как препубертатный период, а 13-15 лет — как пубертатный.

Подростковый возраст как переходный от детства к зрелости всегда считался критическим, однако **кризис этого возраста (пубертатный)** значительно отличается от кризисов младших возрастов. Он является самым острым и длительным. Связано это с сочетанным воздействием на подростка целого ряда соматических, психологических и социальных факторов.

В основе бурных и подчас болезненно переживаемых соматических изменений организма подростка лежит интенсивная перестройка эндокринной системы, заканчивающаяся достижением половой зрелости. Помимо формирования вторичных половых признаков у подростков отмечается изменение взаимоотношений частей тела; туловище — еще детское при быстром развитии конечностей. Движения при этом становятся угловатыми и неуклюжими. Часто за бурным ростом тела (резкое увеличение мышечной массы и роста) не успевают внутренние органы, что приводит к развитию целого ряда функциональных заболеваний, особенно сердечно-сосудистой системы.

По принципу бинарности действия гормонов перестройка эндокринной системы не может протекать без соответствующих изменений в психике. В связи с этим в момент особенно резких эндокринных сдвигов у подростков отмечается выраженное психическое беспокойство, повышенный уровень тревожности. Пытаясь избавиться от этой тревожности, выплеснуть ее во вне, они часто вступают в конфликты, нередко отмечаются коллективные драки. Этим же объясняется повышенная склонность подростков к посещению массовых шумных рок-концертов, употребление наркотиков и алкоголя.

Наряду с психическими изменениями, обусловленными исключительно гормональным воздействием, у подростков наблюдаются и глубоко психологические, личностные изменения, не связанные напрямую с перестройкой эндокринной системы. К таким изменениям следует отнести формирование нового самосознания с повышенным чувством собственного достоинства, собственных возможностей и способностей. Развиваются и более полно осознаются высокие чувства дружбы и любви, причем любовь отнюдь не обусловлена сексуальными потребностями, но напротив носит исключительно платонический, духовный характер.

В течение подросткового периода ломаются и перестраиваются многие прежние отношения ребенка к окружающему и самому себе, формируется та жизненная позиция, с которой подросток начинает свою самостоятельную жизнь. *Вступление во взрослую жизнь* — не одномоментное событие, а длительный процесс, биологические и социальные стороны которого имеют свои силы, свой ритм и темпы развития. В связи с высокими, но не синхронными темпами физического и психического развития подростков у них возникает много таких потребностей, удовлетворить которые в условиях еще недостаточной социальной зрелости не всегда возможно. Поэтому депривация потребностей в подростковом возрасте наблюдается чаще и выражена значительно сильнее, чем в более младшем возрасте, и преодолеть ее из-за отсутствия синхронности в психическом и социальном развитии подростка очень трудно.

Основным новообразованием подросткового возраста является формирование *чувства взрослости,* т.е. состояние, когда основная масса потребностей подростка ничем не отличается от таковых у взрослых. Однако при объективно наступающем взрослении социальная ситуация для него, как правило, не меняется — он остается учащимся и находится на иждивении у родителей, лишен ряда гражданских прав. Поэтому многие притязания приводят к неразрешимым трудностям, входят в конфликт с реальной действительностью. В этом и кроется основная психосоциальная причина кризиса подросткового возраста.

Одним из самых заметных и важных проявлений психологической перестройки подростка является резкое изменение отношения со взрослыми, в частности с родителями. Происходит смена значимых лиц, и подростки во многих жизненных областях ориентируются исключительно на мнение сверстников, почти полностью игнорируя мнение родителей и окружающих взрослых. Как ни велико влияние родителей на формирование личности детей, пик его приходится не на переходный возраст, а на первые годы жизни ребенка. В период подросткового возраста претерпевают существенные изменения семейные отношения. Если в детские годы родитель воспринимался ребенком как источник эмоционального тепла и поддержки, как носитель власти и

распределитель благ и наказаний, как старший друг и советчик, то в подростковом возрасте явно ослабевают эмоциональные связи родителей и ребенка. Подросток стремится освободиться от опеки. Расширение прав приводит к тому, что он не пассивно ожидает от родителей каких-либо благ, но наоборот активно предъявляет к родителям завышенные материаль-

ные требования. Если в детстве родитель часто выступает в качестве примера для подражания, то в подростковом периоде его достоинства критикуются, а недостатки выпячиваются.

Однако, несмотря на заметное падение авторитета семьи в глазах подростка, она все же остается тем местом, где он чувствует себя уверенно и спокойно. И, если подростки предпочитают проводить досуг, развлекаться, делиться интимными переживаниями исключительно со сверстниками, то за советом в трудную минуту они обращаются к родителям. Психологический барьер между родителем и подростком объясняется не только возрастным эгоцентризмом и максимализмом подростка, но и абсолютной уверенностью в непогрешимости собственного опыта, невозможностью взглянуть на мир глазами подростка со стороны родителей. Известно, что подростки более объективно оценивают своих родителей, чем те своих детей. Следует отметить, что потребность в неформальном общении с родителями очень велика у подростков, но удовлетворяется она меньше чем наполовину. Так, только треть подростков удовлетворена общением с матерью и лишь каждый десятый — с отцом. Среди школьников, имеющих доверительные отношения с родителями, устойчивую самооценку дают подавляющее большинство из них, а среди тех, у кого общение жестко регламентировано, — только четверть.

Помимо родителей, другими значимыми взрослыми в жизни подростка являются учителя. Следует признать, что в последнее время работа учителя заметно усложнилась, причем особенно трудно иметь дело со старшеклассниками. Объясняется это тем, что предъявляемые требования и к учителям, и к подросткам носят довольно противоречивый характер.

Статус современного подростка-школьника неоднозначен. С одной стороны, положение старшего накладывает на подростка дополнительную ответственность, перед ним ставят более сложные задачи, с него больше спрашивают. С другой стороны, по своим правам он целиком зависит от учителей и школьной администрации. Внутренняя позиция ученика по отношению к школе складывается из его отношения к ней как учреждению, к процессу обучения и знаниям, к учителям, к соученикам, и вот здесь следует отметить, что в отличие от старшеклассников установка подростков менее дифференцирована и сводится к тому, что они просто «любят» или «не любят» школу.

Ведущей деятельностью подростка остается учение. По сравнению с младшими школьниками мотивы этой деятельности преоб-

разовываются. Если в 1-2 классах ребенок еще не осознает самого содержания учебы и ориентируется главным образом на отметку, за которой для него стоит определенное отношение учителя, то для подростка учение становится прежде всего средством завоевать престиж у сверстников, заслужить репутацию хорошего ученика, хотя можно заметить, что репутация хорошего ученика далеко не всегда способствует завоеванию авторитета, если не наоборот.

К подростковому возрасту значительно более сложными и дифференцированными становятся отношения с учителями, что и составляет одну из причин школьной дезадаптации подростков. Подобно родителям, учитель имеет в сознании ребенка ряд функций: замена родителей, власть, распоряжающаяся наказаниями и поощрениями; авторитетный источник знаний в определенной области, старший товарищ и друг. Младший школьник не различает этих функций, воспринимая учителя в целом и оценивая по тем же критериям, что и родителей. С возрастом положение меняется. Подросток уже не видит в учителе воплощение отца и матери. Учительская власть так же невелика — он даже не может отстранить нерадивого ученика от посещения занятий. Подросток начинает предъявлять с соответствующим ему максимализмом ряд требований к учителю. Так в образе «идеального учителя» на, первый план выходят его индивидуальные качества — способность к пониманию, эмоциональному отклику, сердечность. На втором месте стоит профессиональная компетентность, уровень знаний и качество

преподавания, на третьем — умение справедливо распоряжаться властью. Естественно, далеко не все учителя обладают гармоничной совокупностью этих качеств, отсюда дифференциация учителей и самих отношений с ними, возникновение всевозможных конфликтов, зачастую приводящих подростков к упорному нежеланию посещать школу.

С другой стороны, нередки случаи привязанности к любимому учителю в форме страстного увлечения и безоглядной преданности. Но таких привязанностей не может быть много, у большинства подростков тесная эмоциональная связь существует с одним-двумя учителями, причем с возрастом эти отношения становятся все более избирательными.

Главным препятствием, мешающим взаимопониманию ученика и учителя, является абсолютизация ролевых отношений, наивно-бюрократическая «школа» и «учебоцентризм», за которыми кроется низкий уровень подготовки педагогов, нежелание, а порой и страх увидеть в своих учениках личности. И здесь следует напомнить, что личностный подход — не просто учет индивидуальных особеннос-

тей учащихся. Это последовательное, искреннее всегда и во всем отношение к ученику как к личности, как к ответственному и самостоятельному человеку. И, вероятно, уместно будет вспомнить древнее изречение Ксенофонта, который в своих «Воспоминаниях о Сократе» сказал: «Никто не может ничему научиться у человека, который не нравится».

Одна из главных тенденций переходного возраста — переориентация общения с родителей, учителей и вообще старших на ровесников. Потребность в общении со сверстниками, которых не могут заменить родители, возникает у детей довольно рано, а с возрастом усиливается. Поведение же подростков по самой сути своей является коллективно-групповым. Общение со сверстниками представляет очень важный специфический канал информации, по которому подростки узнают многие необходимые вещи, не сообщаемые им взрослыми. Например, подавляющую часть информации по вопросам пола подросток получает от сверстников.

К тому же, общение подростков — это специфический вид межличностных отношений. Групповая игра и другие виды совместной деятельности вырабатывают необходимые предпосылки социального взаимодействия, умение подчиняться коллективной дисциплине и в то же время отстаивать свои права, соотносить личные интересы с общественными. И, наконец, это специфический вид эмоционального контакта. Сознание групповой принадлежности, солидарности, товарищеской взаимопомощи не только облегчает подростку автономизацию от взрослых, но и дает ему чрезвычайно важное чувство эмоционального благополучия и устойчивости.

Психология общения в подростковом периоде и юношеском возрасте строится на основе противоречивого переплетения двух потребностей: *обособления и потребности в принадлежности,* включенности в какую-нибудь группу или общность.

Чувство одиночества, неприкаянности, связанное с возрастными трудностями становления личности, порождает у подростков неутомимую жажду общения и группирования со сверстниками, в обществе которых они находят или надеются найти то, в чем отказывают взрослые: эмоциональное тепло, спасение от скуки и признание собственной значительности. Некоторые психологи склонны даже считать общение ведущей деятельностью подросткового и юношеского возраста. Напряженная потребность в общении превращается у многих ребят в непреодолимое «стадное чувство»: они не могут не только дня, но часа пробыть вне своей, а если своей нет — какой угодно компании. Особенно сильна такая потребность у мальчиков.

Типичная черта подростковых групп — чрезвычайно высокая конформность. С яростью отстаивая свою независимость от старших, подростки зачастую абсолютно не критически относятся к мнению собственной группы и ее лидеров. Неокрепшее диффузное «Я» нуждается в сильном «МЫ», которое в свою очередь утверждается в противоположность каким-то «ОНИ».

Страстное желание быть как все (а «все» — это исключительно «свои») распространяется и на одежду, и на вкусы, и на стиль поведения. Такое противоречие, когда индивидуальность утверждается через единообразие, часто становится источником юношеской тревожности. Тем не

менее это единообразие тщательно поддерживается, и тому, кто рискует бросить вызов, приходится выдерживать нелегкую борьбу. Чем примитивнее сообщество, тем нетерпимее оно к индивидуальным различиям, инакомыслию и вообще непохожести.

Врачам, в особенности педиатрам важно знать особенности подросткового возраста не только в плане психологических и социальных подходов, но и в плане подростковой психиатрии. Здесь необходимо обратить внимание на определенные формы типичных поведенческих реакций подростков на ту или иную социальную ситуацию, еще не являющихся патологическими, но иногда таящими в себе опасность перерастания в «краевые психопатии».

К вышеупомянутым реакциям принято относить *реакции оппозиции, имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования* и некоторые другие реакции, обусловленные формирующимся половым влечением.

Реакция «оппозиции» — это активный протест, ее причиной могут быть слишком высокие требования, предъявляемые к подростку, непосильные нагрузки, утраты, недостаток внимания со стороны взрослых. Возникая в детстве, оппозиция усиливается в подростковом возрасте.

Реакция «имитации» проявляется в стремлении подражать определенному образцу, модель которого диктуется, как правило, компанией сверстников. Реакция может быть причиной нарушения поведения, если образец для подражания — асоциальный.

Реакция «гиперкомпенсации» выражается в настойчивом стремлении подростка добиться успеха в той области, в которой он слаб; неудачи в некоторых случаях заканчиваются нервным срывом.

Реакция «эмансипации» проявляется в стремлении освободиться от опеки, контроля и покровительства старших. Она распространяется и на порядки, законы и «стандарты» взрослых. Потребность в

эмансипации связана с борьбой за самостоятельность, за самоутверждение себя как личности. В повседневном поведении это — стремление сделать все «по-своему», в крайних вариантах — уходы и побеги из дома.

Реакция «группирования» — филогенетический стадный инстинкт. Группы в среде подростков возникают и функционируют по своим, еще недостаточно изученным социально-психологическим законам, среди которых наибольшую опасность представляет так называемая «автономная мораль», не совпадающая с требованиями родителей, школы, законов. Особенна сильна она у несовершеннолетних правонарушителей и преступников. Именно группа становится регулятором поведения для педагогически запущенных подростков. Особенно легко объединяются в группы наркоманы, социально распущенные, неустойчивые подростки, имеющие опыт асоциального поведения.

Юношеские группы и их соперничество — всеобщий факт человеческой истории. В первобытном обществе существовали специальные мужские союзы, в феодальном — так называемые «королевства шутов», в деревнях «левобережные» враждовали, когда условно, когда всерьез с «правобережными». В городе возникали «клики», «шайки», «ганги». В послевоенном Ленинграде одно время происходили суровые стычки между ребятами с Петроградской и Выборгской стороны..

Явление это многоуровневое. Самый глубинный, универсальный его пласт — противопоставление «МЫ» и «ОНИ» по территориальному принципу — существует практически везде. Однако ослабление влияния семьи, особенно отцовского начала, повышает степень идентификации мальчика-подростка с группой, создавая так называемый *«эффект стаи».*

Существующие периферийные группы и течения чрезвычайно разнообразны. Это футбольные болельщики — «фанаты», поклонники «тяжелого рока» — «металлисты», «рокеры» — любители ли- хой езды на мотоциклах, различные «фэны» — поклонники эстрадных кумиров, экзотические панки, «митьки», всевозможные «фу-фаечники», «ватники», «системщики» и т.д.

За последние годы существенно расширилась мотивация таких групп: если раньше это преимущественно были группы общения, то теперь в них представлены разные мотивы участия.

Увеличилась доля групп, имеющих общепризнанных лидеров. Что же касается идеологической направленности, то здесь тенденции явно противоречивы. С одной стороны, увеличилось число явно или потенциаль-

-435-

но антиобщественных групп, с другой стороны, все больше групп хотят или готовы получить официальный статус и сотрудничать с властями.

Юношеская субкультура не является чем-то независимым, цельным и законченным. Ее содержание всегда производно от культуры взрослых и большею частью вторично по отношению к ней. Она весьма неоднородна, включая в себя множество разных, подчас враждебных друг другу течений. Она текуча и изменчива, но в то же время реальна и имеет целый ряд постоянных компонентов: специфический набор ценностей, норм поведения, определенные вкусы, формы одежды и внешнего вида, чувство групповой общности и солидарности, характерную манеру поведения, жаргон, ритуалы.

В юношеских увлечениях проявляется и реализуется очень важное для формирования личности чувство принадлежности: чтобы быть вполне «своим», нужно и выглядеть «как все» и разделять общие увлечения. Мода для подростка — это средство самовыражения, где он всячески подчеркивает свое отличие от «взрослого», даже мода становится средством коммуникации и идентификации. Наконец, это способ приобретения статуса в своей среде: поскольку нормы и ценности юношеской субкультуры являются групповыми, овладение ими (например, умение разбираться в хоккее или поп-музыке) становится обязательным и служит способом самоутверждения.

Наряду с мощным потенциалом обновления, юношеская субкультура имеет и свои опасности. Обособление мира подростков от взрослых порождает культурный и социальный провинциализм, психологию гетто, обитатели которого живут исключительно частными, локальными интересами. При отсутствии высоких социально-нравственных стимулов групповая солидарность может цементироваться только образом общего врага, каковыми являются все «ОНИ».

Таким образом, чрезвычайная сложность и противоречивость отношений подростков в коллективе объясняется, с одной стороны, сложным, неустойчивым, постоянно меняющимся характером самих подростков, с другой стороны, влиянием крайне многообразной и богатой жизни взрослых, которую и пытаются копировать, моделировать подростки в своих коллективах.

Развитие самосознания является одним из центральных психических процессов переходного возраста. Противоречивость положе-

-436-

ния, изменение структуры социальных ролей и уровня притязаний подростка приводят к тому, что он впервые начинает обращать внимание на свой внутренний мир, пытаясь ответить на вопросы: «Кто Я?!, «Кем Я стану?», «Каким Я хочу и должен быть?». Именно с появлением новых вопросов к себе и о себе связана перестройка самосознания.

Несмотря на то, что для подростка единственной осознаваемой реальностью является внешний мир, он все больше начинает задумываться о своих собственных чувствах и мыслях, анализировать внутреннее состояние других людей. Впервые осознается своя непохожесть на других, и именно в этом возрасте человек впервые сталкивается с таким важным и таинственным психологическим состоянием, как одиночество. Не менее важным и сложным является осознание своей преемственности, устойчивости своей личности во времени. Если для ребенка из всех измерений времени самым важным, а подчас и единственным, является настоящее, «сейчас», то у подростка положение меняется: ускоряется субъективное течение времени, появляется ощущение важности ближайшей перспективы, хотя в целом восприятие времени остается еще дискретным и ограничено во многом непосредственным прошлым и настоящим.

Следует отметить, что переходный возраст, особенно 12-14 лет, сопровождается значительными изменениями в содержании и структуре Я-концепции. У подростков заметно усиливаются склонность к самонаблюдению, застенчивость, эгоцентризм, снижается устойчивость образов «Я», несколько снижается общее самоуважение и существенно меняется самооценка

некоторых качеств. Подросткам значительно чаще, чем детям, кажется, что родители, учителя и сверстники о них дурного мнения, и они чаще испытывают депрессивные состояния.

Сами юноши и девушки прежде всего воспринимают период «трудного возраста» как период физических перемен, становления психосексуальной идентификации. В переходном возрасте люди чаще, чем когда бы то ни было, становятся жертвами синдрома дисморфомании (бред физического недостатка), уделяя большое внимание своей внешности.

Таким образом, в подростковом возрасте у человека начинает активно формироваться самосознание, начинается становление образа «Я», который уже окончательно утверждается в раннем юношестве.

-437-

Психология и психопатология ранней юности

Как можно заметить, объектами изучения детской психологии являются психическое развитие, душевная жизнь ребенка, причем мальчик это или девочка — не столь важно, и лишь в подростковом периоде, а более явно в периоде ранней юности начинают проявляться половые психологические различия. Очень четко эти различия выявляются в процессе формирования самосознания и образа «Я», поэтому логичным будет параллельный разбор этих психологических феноменов юношеского возраста.

Центральным психологическим процессом развития самосознания в периоде ранней юности является формирование *личной идентичности* — чувства индивидуальной самотождественности, преемственности и единства. К настоящему времени в психологии принято выделять четыре этапа развития идентичности, измеряемые степенью профессионального, религиозного и политического самоопределения молодого человека:

1. «Неопределенная, размытая идентичность» характеризуется тем, что индивид еще не выработал четких убеждений, не выбрал профессии и не столкнулся с кризисом идентичности.

2. «Досрочная, преждевременная идентификация» имеет место, если индивид включился в соответствующую систему отношений, но сделал это не самостоятельно, в результате пережитого кризиса, а на основе чужих мнений, следуя чужому примеру и авторитету.

3. Для этапа «моратория» характерно то, что индивид находится в процессе кризиса самоопределения, выбирая свой, единственный вариант развития.

4. Этап «зрелой идентичности» характеризуется завершением кризиса; индивид переходит от поиска себя к самореализации.

Обычно к этапу «зрелой идентичности» молодые люди приходят в возрасте 16-18 лет, хотя некоторые могут навсегда остаться на уровне размытой идентичности или пойти путем досрочной идентификации, отказавшись от активного выбора и самоопределения. Вместе с тем понятие «зрелой идентичности» и сами его критерии неоднозначны. Представление, что идентичность формируется прежде всего в сфере профессиональной ориентации, отражает традиционно мужскую точку зрения. У девушек дело обстоит иначе. В женском самосознании большое значение придается семье, профессии, хотя в последнее время все больше становится «феминисток», ориенти-

-438-

рованных, как и мужчины, на профессиональные достижения. Юноши оценивают себя главным образом по своим предметным достижениям, в то время как для девушек важнее межличностные отношения. Отсюда — разное соотношение компонентов мужской и женской идентичности. Юноша, не осуществивший профессионального самоопределения, не может чувствовать себя взрослым. Девушка же может основывать свои притязания на взрослость на других показателях, например на наличии серьезных претендентов на ее руку и сердце.

В отличие от подростков, юноши гораздо более обеспокоены формированием собственных убеждений, развитием философского мировоззрения. По данным зарубежных психологов, самовосприятие подростков ориентируется на внешние стандарты (учебные отметки и т.д.).

Примерно в 16 лет появляются собственные критерии значимости, а 17-18-летние оценивают себя прежде всего с точки зрения своей внутренней шкалы ценностей, представлений о своем счастье и благополучии. Замечено также, что при переходе от подросткового возраста к юношескому самоописания становятся более субъективными, психологическими.

Главное психологическое приобретение ранней юности — *открытие своего внутреннего мира*. Для ребенка единственной осознаваемой реальностью является внешний мир. Вполне осознавая свои поступки, он еще не осознает собственных психических состояний. Если ребенок сердится, то объясняет это тем, что его кто-то обидел, если радуется, то этому тоже находится объективное объяснение. Для юноши внешний мир — только одна из возможностей субъективного опыта, средоточием которого является он сам. Обретая способность погружаться в себя, в свои переживания, юноша заново открывает целый мир новых эмоций, красоту природы, звуки музыки. В это время человек начинает воспринимать и осмысливать эмоции уже не как производные от каких-то внешних событий, а как состояние собственного «Я».

Психологические половые различия проявляются у юношей и девушек именно в сфере самосознания. Если судить по самоописаниям, то девушки гораздо чаще юношей озабочены тем, что о них думают другие, значительно более ранимы, чувствительны к критике, насмешкам и т.д. Девушки раньше, чем юноши, начинают вести дневники, чаще делают записи, и, самое главное, девичьи дневники отличаются большой интимностью — это описание и анализ чувств и переживаний, особенно любовных, и постоянный разговор с собой и о себе. Юношеские дневники более разнообразны и

предметны, в них отражаются прежде всего интеллектуальные увлечения и интересы авторов, их практическая деятельность. Эмоциональные переживания описаны гораздо более сдержанно.

Самосознание и самооценка юношей и девушек зависят от стереотипных представлений о том, какими должны быть мужчины и женщины, а эти стереотипы, в свою очередь, производны от исторически сложившихся в том или ином обществе дифференциаций половых ролей. Согласно словесным самоотчетам, женщины обычно выглядят более тревожными и чаще испытывающими страх, чем мужчины. В то же время объективные (с помощью электрофизиологических приборов) исследования эмоциональных реакций в стрессовых ситуациях показывают, что половые различия невелики. Вероятно, здесь имеет место влияние традиционной мужской роли, запрещающей мальчику испытывать страх, в связи с чем юноши подавляют или утаивают часть своих чувств, не соответствующих идеалу мужественности, тогда как девушки говорят о них открыто.

Юноши склонны считать себя более сильными, энергичными, властными и деловыми, чем девушки, при этом они нередко переоценивают свои способности и положение среди сверстников, не любят признавать свои слабости. Девушки более самокритичны и чувствительны. Характерно, что юноши, притворяясь, в отличие от девушек, безразличными к реакции окружающих, в то же время значительно больше хвастаются и рисуются ради внешнего эффекта.

Вышеприведенные различия психической деятельности юношей и девушек далеко не полны, но в то же время они составляют основные психологические механизмы полоролевого поведения, знание которых, несомненно, способно помочь врачу и клиническому психологу в работе с подростками и молодыми людьми.

Еще одной очень важной чертой юношеского возраста является появление и развитие очень интенсивных эмоциональных отношений, крайне необходимых для формирования полноценной личности. К этим феноменам эмоционального развития в первую очередь следует отнести дружбу и любовь.

Проблеме юношеской дружбы посвящены многочисленные психологические исследования, в которых безоговорочно признается, что наряду с развитием товарищеских отношений юношеский возраст характеризуется напряженным поиском дружбы как избирательной, прочной и глубокой эмоциональной привязанности.

Потребность в общении, втором «Я», вероятно, самая важная потребность в ранней юности. «Первое чувство, к которому воспри-

имчив заботливо воспитанный юноша, — это не любовь, а дружба», — писал Руссо. Желание иметь верных друзей неизменно открывает список важнейших жизненных ценностей 15-17-летних, часто опережая любовь. В основе юношеской тяги к дружбе — страстная потребность в понимании другого и себя другими, потребность в самораскрытии. Эта потребность, тесно связанная с ростом самосознания, появляется уже у подростков и резко усиливается в юношеском возрасте.

В основе юношеской дружбы лежат общие духовные интересы и потребность в понимании в отличие от подростковой, где основными являются потребность во взаимопомощи и увлеченность каким-то видом труда. К особенностям юношеской дружбы следует отнести ориентацию на ровесника. Желание иметь старшего или младшего друга встречается у юношей реже.

Для юности типична идеализация друзей и самой дружбы. Представление о друге в этом возрасте значительно ближе к идеальному «Я» испытуемого, к его нравственному и человеческому идеалу, нежели к его представлению о собственном «Я».

В юности дружба занимает первое место в ряду других межличностных отношений, опережая по степени психологической близости отношения с родителями. Друг является единственным человеком, от которого юноша ждет оценок более высоких, чем его собственная самооценка. Это можно считать косвенным указанием на то, что одна из главных функций юношеской дружбы — поддержание самоуважения личности.

Следует отметить, что в юношеской дружбе, так же как и в процессе развития самосознания, отчетливо проявляются половые особенности. Потребность в интимной дружбе возникает у девушек на полтора-два года раньше, чем у юношей, да и сама девичья дружба более эмоциональна. Критерии дружбы у девушек тоньше, девушки чаще испытывают дефицит интимности. Мотив понимания в определении дружбы выражен у девушек во всех возрастах сильнее, чем у юношей. Девочки имеют в среднем меньше друзей своего пола, чем мальчики, а те, у кого несколько близких подруг, предпочитают встречаться не сразу со всеми, а порознь. В общении с подругами у девушек сильнее звучат интимные темы.

Эти различия являются не просто половыми, а половозрастными. Дело в том, что девушки раньше созревают, у них раньше появляются сложные формы самосознания, а, следовательно, и потребность в интимной дружбе. Для юноши-старшеклассника важнейшей

референтной группой еще остаются сверстники своего пола. У девушек же этот тип общения уже позади — в качестве идеального друга они все чаще выбирают юношу, и в их круге общения значительно больше юношей, причем более старшего возраста. Следует признать, что смешанная, разнополая дружба в юности существенно отличается от однополой, а слово «дружба» часто является лишь замаскированным названием зарождающейся любви. В юности дружба занимает столь важное положение потому, что она складывается, когда у человека нет еще ни собственной семьи, ни профессии, ни любимой. С появлением новых, «взрослых» привязанностей дружба постепенно утрачивает свое привилегированное положение. Если в начале юности дружба оттесняет родительское влияние, то затем ей самой приходится потесниться, чтобы дать место новым привязанностям.

Таким образом, в развитии личностных отношений есть свои закономерности. Один вид отношений подготавливает другой, более сложный и постепенно уступает ему место. Именно юношеская дружба, казавшаяся вечной, пронизанная высочайшим эмоциональным напряжением, через год-другой начинает слабеть, потребность юноши искать в друге не столько собеседника, сколько свое психологическое зеркало или двойника, снижается, и друзья расходятся согласно собственным влечениям, каждый своим неповторимым жизненным путем.

Юношеская любовь имеет свои особенности, среди которых, в первую очередь, отмечается разобщенность чувственно-эротического и нежного влечений, отмеченная Фрейдом. Потребности в самораскрытии и интимной человеческой близости и чувственно-эротического желания очень часто не совпадают и могут быть направлены на разные объекты. По образному выражению одного ученого, мальчик не любит женщину, к которой его влечет, и его не влечет к женщине,

которую он любит. Эта разобщенность особенно типична для мальчиков. У многих из них бурный темп полового созревания опережает развитие тонких коммуникативных чувств, включая способность к сопереживанию. Здесь также сказывается влияние традиционного стереотипа маскулинности, согласно которому мужчина подходит к женщине с «позиции силы».

Девочки, которым «сила» не предписана, озабочены тем, что вынуждены скрывать свои увлечения, оберегая свои достоинство и репутацию. Разрешение этих внутренних противоречий во многом зависит от того, как складываются взаимоотношения подростков в более широком кругу общения. Психологическая близость вначале

-442-

легче достигается с человеком своего пола, хотя в целом девушки чувствуют себя в общении с юношами более свободно и уверенно. Это связано, видимо, не только с разницей в темпах созревания, но и с тем, что юноши строже, чем девушки, разграничивают любовь и дружбу.

Крайне важным в развитии психики человека является становление морального самосознания. На сегодняшний день наиболее общей, подвергавшейся экспериментальной проверке во многих странах, является когнитивно-генетическая теория морального развития личности американского психолога Лоренса Колберга. Развивая идеи Ж. Пиаже и Л.С.Выготского о том, что развитие морального сознания ребенка идет параллельно с его умственным развитием, Колберг выделяет в нем несколько фаз.

- «Доморальному уровню» соответствуют следующие стадии:

1) когда ребенок слушается, чтобы избежать наказания,

2) когда ребенок руководствуется эгоистическими соображениями взаимной выгоды (послушание в обмен на какие-то блага и поощрения).

- «Конвенциональной морали» соответствуют стадии: 3) модель хорошего ребенка, движимого желанием одобрения со стороны значимых других и стыдом перед их осуждением, и-4) установка на поддержание существующих порядка и правил (хорошо то, что соответствует правилам).

- «Автономная мораль» переносит моральное решение внутрь личности. Она открывается стадией 5А), когда подросток осознает относительность и неустановленность нравственных правил, требует их логического обоснования, усматривая таковое в принципе полезности. На стадии 5Б) релятивизм сменяется признанием существования некоторого высшего закона, выражающего интересы большинства. Лишь после этого (стадия 6) формируются устойчивые моральные принципы, соблюдение которых обеспечивается собственной совестью, безотносительно к внешним обстоятельствам и рассудочным соображениям.

Таким образом, следует отметить, что знание особенностей становления морального сознания ребенка в значительной степени способствует построению правильного педагогического и лечебного процессов и позволяет избегать возникновения детских и подростковых психогенных нарушений.

- 443 -

Психологические особенности и психические расстройства лиц зрелого, пожилого и преклонного возраста

Возрастной период, следующий за юностью, характеризуется устойчивостью психической деятельности человека, обретением целостности и, главное, зрелости. Под *зрелостью личности* понимают осознание своего места среди других людей, самоидентификация, принятие и интериоризация социальных норм, ответственность за собственные поступки. Основной в зрелом возрасте является профессиональная деятельность, которая к пожилому и преклонному возрасту уступает место ценности существования и общечеловеческих ценностей.

По мнению К.К.Платонова, в развитии личности можно выделить несколько этапов и рубежей (таблица 20).

Отмечается два рубежа развития зрелой личности (Б.С. Братусь): в возрасте 30±2 года в виде переоценки своего жизненного пути, когда человек не только задумывается над правильностью его выбора, но и многое в нем исправляет (**«кризис средних** лет» в возрасте Христа) и **предпенсионный кризис** в возрасте 55±3 года, когда наступает период планирования своей пенсионной жизни.

В зрелом возрасте основной психологической проблемой, как указано выше, становится идентичность, самовыражение и принятие себя (т.е. объективнизация личности). Чаще других идентификация зрелого возраста основывается на идентификации в области профессиональной деятельности, достижений и статуса, а трудовая деятельность выступает в качестве условия и формы проявления зрелости (Б.Г. Ананьев). Описаны четыре типа идентификации в профессии (К.А. Абульханова-Славская):

I тип — идентификация происходит через выбор профессии, максимально отвечающей, близкой к характеристикам личности (например, если личность склонная к риску, то выбирается профессия, связанная с работой в трудных условиях, опасностью для жизни).

II тип — идентификация с профессией Такова, что она дает возможность движения личности в профессии, по ступеням служебной лестницы и ступеням мастерства.

III тип идентификации, при котором движение в профессии

осуществляется через развертывание, развитие и совершенствование качеств и способностей личности. Если в момент выбора профессии способности находились в потенциальном состоянии, то профессия актуализирует их и тем самым открывает перспективу развития личности.

IV тип идентификации, для которого совпадение с профессией обусловлено не только наличными способностями, но и творческой активностью личности в целом.

Кризис средних лет может возникнуть в случае существенного расхождения при сличении наличной ситуации к возрасту, когда человек ожидает «пожинать плоды», с идеальном, рисовавшимся ему в юности. Рассогласование в сфере профессиональной идентичность, включающее неудовлетворение успешностью карьеры, сфор-

мированным авторитетом, уровнем материального благополучия, является лишь одним из значимых рассогласований более важных для мужчины, чем для женщины. Второй Такой сферой выступает семейная жизнь, в которой кризис способно вызвать неудовлетворение семейным статусом, выбором партнера и друзей, отношениями с близкими, благосостоянием семьи и пр. Третья сфера, по которой происходит процесс сличения идеала и реальности, — это сфера личностного роста, включающая удовлетворенность собой — самоактуализацию. Человек средних лет склонен анализировать востребованность себя для общества, степень раскрытия в процессе жизни своих потенциальных возможностей и способностей.

При переходе к пожилому и преклонному возрасту человек постепенно смиряется с той ролью и положением, которых он достиг в процессе жизни. Он нацеливается на достойное завершение жизни, ориентируется на собственное здоровье и общечеловеческие ценности (например, справедливости). Хотя старение и неизбежный биологический факт, тем не менее культурная среда, в которой оно происходит, оказывает на него влияние. Имеются данные о том, что, во-первых, старые люди со здоровой психикой активнее участвуют в процессе общения, чем душевнобольные; во-вторых, у пожилых женщин в среднем больше социальных ролей, они имеют больше друзей, чем мужчины и они чаще жалуются на одиночество и недостаток социальных контактов (M.Clarck, B.Gellatin).

Старинная французская пословица — «Каждый стареет так, как он жил» — намечает лишь одну из тенденций, присущих пожилому и преклонному возрасту. Она не отражает иных закономерностей этого возрастного периода. В действительности старости присущ свой лик, роднящий доселе несхожих людей. Сюда относится и некоторая *эгоцентричность, и медлительность в принятии решений, влекущих за собой серьезные изменения в жизни, и особая недоверчивость.*

Считается, что выход на пенсию является как бы разделяющей чертой между возрастом активных действий, здоровья и бодрости и периодом старости, когда активность сменяется пассивностью, жизнь превращается в борьбу за здоровье, интересы становятся уже — жизнь течет по типу «семейно-бытовых картинок». Принято считать, что старости присуши болезни, также как молодости — здоровье.

Известна история, цитируемая американскими врачами, специализирующимися на лечении людей пожилого возраста. 90-летний мужчина по имени Моррис обратившийся к врачу с жалобой на левое колено, услышал в ответ удивившую его фразу : «Ради господа бога, чего вы ждете в вашем возрасте?» На что Моррис весело

-446-

ответил: «Понимаете, доктор, моему правому колену тоже 90 лет, и оно не болит». Это выдуманная история, но смысл ее ясен. С незапамятных времен старость и болезни ассоциировались так же неизменно, как лошадь ассоциировалась с повозкой. В конечном счете большинство людей считали, что возраст означает неизбежный переход к болезням, бессилию и неподвижности. Однако, теперь это не так. Сегодняшние престарелые, к примеру США и иных экономически развитых стран, опровергают эти представления. Ровно половина людей, которым от 75 до 84, не испытывают проблем со здоровьем, которое требовало бы специального лечения или ограничивало их деятельность. Социолог Б. Нойгартен утверждает: «Даже в самой старой возрастной группе, среди тех, кому за 85, более трети утверждают, что они не испытывают ограничений, связанных со здоровьем».

В психическом и психологическом плане основной проблемой старости является, как было показано выше, *одиночество* и вследствие этого утрата необходимых и желанных контактов, беззащитность перед окружением, несущим, как кажется пожилым, лишь угрозу их благосостоянию и здоровью. При этом отношения между соседями не всегда носят доброжелательный характер. Зачастую эти отношения превращаются в длительную войну, текущую с переменным успехом. Поражения предстают в виде инфарктов, инсультов и других заболеваний. Однако не только недружественные отношения между соседями могут вытекать из психической болезни одной из сторон. Зачастую болезненно повышенная подозрительность одинокого пожилого человека провоцирует вспышки гнева у его близкого окружения. Проявление психической болезни у пожилых, вовлеченных в конфликт с соседями, очень схожи с проявлениями недружелюбного отношения, однако поддаются распознаванию.

Из типичных психологических или психопатологических феноменов лиц пожилого и преклонного возрастов можно отметить *повышенную тревожность, подозрительность и недоверие, страх быть обманутым.* Из личностных качеств отмечается уменьшение с возрастом таких качеств, как честолюбие, самолюбие и тщеславие при одновременном снижение общительности и человеколюбия (М.М.Тульчинский). Если сравнить проявления эмоциональных переживаний пожилых и молодых людей, то с возрастом происходит значительное уменьшение переживаний в виде тоски и печали с увеличением тревоги, раздражительности, угрюмости, страха (В.П. Ефименко). Возникновению аффективных расстройств способствует появление *«ролевой неопределенности»* и социальной идентичности.

-447-

Выделяется несколько основных «жизненных позиций» пожилых людей (К.Висневска-Рошковска):

1. «Конструктивная» позиция. Люди с такой ориентацией всю жизнь были спокойными и довольными. Они позитивно относятся к жизни, способны смириться с приближающейся смертью, активны и настроены на оказание помощи другим. Из старости трагедии не делают, ищут развлечений и контактов с людьми.

2. «Зависимая» позиция присуща пожилым людям, которые всю жизнь не вполне доверяли себе, были слабовольными, пассивными. Старея, они еще с большим усилием ищут помощи, признания, не получая которое чувствуют себя несчастными.

3. «Защитная» позиция формируется у людей с повышенными механизмами к сопротивлению. Они не стремятся к сближению с людьми, не желают получать от кого бы то ни

было помощи, держатся замкнуто, отгораживаясь от людей, скрывая собственные чувства. Старость воспринимается ими с негодованием и ненавистью.

4. Позиция «враждебности к миру». Это «гневные старики», склонные обвинять окружающих и общество во всех неудачах, которые они претерпели в жизни. Такие люди подозрительны, агрессивны, никому не верят, не хотят от кого-либо зависеть, испытывают отвращение к старости, стараются держаться за работу.

5. Позиция «враждебности к себе и своей жизни» выражается в пассивности, исчезновения интересов и инициативы. Такие люди склонны к пониженному настроению и фатализму, чувствуют себя одинокими и ненежными. Свою жизнь они считают неудавшейся, к смерти относятся безболезненно, как к избавлению от существования.

В целом, круг интересов по мере старения значительно сужается и постепенно человек склонен концентрировать свое внимание лишь на себе и собственных нуждах (эгоцентризм). В силу этого, специфичным психическим отклонением пожилых людей выступает «бред ущерба (обкрадывания, порчи)» (наблюдение представлено в виде выдержек из письма пациентки).

> «В ноябре я переехала в кооперативную квартиру, в которой живу по настоящее время. В конце года я стала замечать, что что-то непонятное творится с моими вещами. Тогда это были еще редкие случаи.
>
> -448-
>
> Например, у хороших сапог срезались и ломались замки, разрезались новые чулки и носки, соскабливались ножки табуретов. Тогда я боялась рассказать людям об этом, думала, все равно не поверят. Оповестила только родных. Постепенно стала замечать повреждения на многих вещах. Так, заметила, что была соскоблена блестящая поверхность унитаза, надломана ванна, приходилось постоянно вызывать слесаря, т. к. часто портились краны. Через три года я заметила, то оказался надрезанным уплотнитель холодильника и искорежена дверь морозильной камеры. Через некоторое время был испорчен также пылесос.
>
> Сама я никогда никому плохого не делала, поэтому думала, что и соседи отнесутся ко мне доброжелательно. К моему несчастью, очень ошиблась...
>
> В августе через 5 лет после моего переезда, когда я на несколько дней уехала к сестре в другой город, в мою квартиру, как я заметила потом, кто-то входил. Оказались испорченными многие вещи: порвана и разрезана одежда, обувь, мебель. Так, например, от совсем нового японского платка, который я даже не успела надеть, была в некоторых местах оторвана бахрома. Были сломаны две петли дверей шифоньера. За время моего отсутствия по непонятным причинам испортился телевизор, а также: часы, транзистор, репродуктор, посуда. Был срезан укрепительный винт мясорубки. Все вещи предстали такими, будто бы их долгие годы использовали. Я поняла, что была наведена порча, чтобы никто в это не

поверил, ведь «вещи же и сами могут износиться». Это было сделано с целью представить меня душевнобольной, а может быть, для того, чтобы люди решили, что в моей квартире есть домовой, черти или нечистая сила.

Непонятным образом ежедневно развинчивались заушники новых очков, пачкались стекла. Я почти каждый день ходила в мастерскую, чтобы их исправлять. Работники мастерской удивлялись и, наконец, поставили новые заушники, практически сделали новые очки. Но и они через некоторое время были выведены из строя. Пришлось сменить десятки очков. Кстати, и футляры кто-то намеренно портил, поскольку внутренности периодически разрывались. Необъяснимым было и то, что ломали заушники очков не только у меня, но и у сестры, зятя, которые одну ночь ночевали у меня. Как-то сестра принесла мне свои туфли, т. к. у меня годной обуви вследствие всех происшествий не осталось. Но и они были тотчас порваны. В квартире не осталось ничего, что было бы нетронуто.

Чего только не происходило в моей квартире Например, в комнату подбрасывались фигурки животных (свиньи, птиц), которые были сделаны из бумаги, цемента или ваты. Однажды в чайнике я обнаружила маленькую фигурку человека. Думаю, что это были своеобразные намеки, но на что, я долгое время не понимала. Даже из мяса, которое замораживалось в морозильнике, кто-то склеивал фигурки

разных животных. При этом мясо портилось на вкус, размельчался сахар, а из кусочков сахара рафинада иногда брызгала вода.

Сразу после ремонта кухни и туалета я заметила, что потолок и стены были запачканы грязью, накрашенная стена обрызгана тушью. Под ковровой дорожкой крашеный пол был так соскоблен, что образовывались художественные образы, да и сама дорожка была разрезана с разных сторон. У хлебницы с одной стороны был оторван край фанеры. Кроме того, на кухне был изрезан стол. Целую книгу надо писать, чтобы описать все подлости этого таинственного человека.

Долгое время я не могла понять, как все это происходит. Сначала думала, что заходят, открывая дверь ключом. Но я трижды меняла внутренние замки. Это не помогало, поэтому я решила поставить висячие замки на двери зала и кухни. С определенного времени я старалась делать так, чтобы в квартире всегда кто-нибудь был. У меня долгое время проживала сестра, и ни

на секунду квартира не оставалась без присмотра. Но вещи непонятным образом все равно портились. А затем стала замечать, что вещи портятся даже тогда, когда дома множество людей. Как будто бы никто и не заходит но таинства происходят. С тех пор я поняла, что таинственный человек заходит невидимкой, и никакие замки его не задерживают.

По некоторым проявлениям я поняла, что подобные безобразия могут делать даже очень близко живущие люди, например, соседи. Я определила, что у моей соседки Ш. есть опасные сверхъестественные свойства. Это было видно по ее глазам. Однажды я шла из магазина и у подъезда встретилась со знакомой женщиной, с которой разговорилась. Недалеко от нас прошла Ш. и косо посмотрела на меня. Когда я зашла в квартиру, то заметила, что волосы у меня растрепаны, как при сильном ветре. Но ведь никакого ветра на улице не было. Кроме того, в сумке изменилось расположение коробочки лекарства. Когда я выходила из дома, коробочка лежала, а вернувшись домой заметила, что она встала на дыбы. Все, что было в сумке и в кармане, — все изменилось Даже деньги в кошельке стали иными, у всех были загнуты углы.

Однажды после обеда я отдыхала, проснулась, открыла глаза и заметила, что около меня стоит невысокая коренастая женщина. Это оказалась Ш. Тогда я не могла понять, был ли это сон или явь. Но после этого, когда я начала писать письмо сестре, заметила, что у меня искажаются буквы Все это было невероятным. Соседка, как я убедилась, открывала мой почтовый ящик, брала оттуда газеты, и, почитав их, возвращала обратно. Это было заметно по искажению букв.

Многое прояснилось для меня после телевизионной передачи «Религия и политика». Там ученые говорили о том, что на Западе распространились таинственные люди — колдуны. Влияние Запада передается на нашу страну. Оказывается, такие антиобщественные деятели есть в Москве и др. городах. Оказывается, они бывают со склонностью

к художественной образности. Так я сделала вывод — ко мне в квартиру таинственно заходит соседка Ш. По специальности медсестра, правда, давно нигде не работающая. Значит, это она уже много лет занималась таинствами в моей квартире Только через много месяцев я решила обратиться в милицию. Я принесла и показала участковому многие из испорченных вещей. Я просила помочь мне избавиться от хулиганских действий соседки. Он обещал. Однако все осталось по-прежнему.

Затем я неоднократно письменно обращалась в милицию, но они практически ничего не сделали. Обещали провести экспертизу испорченных вещей, но тоже так и не сделали А действие таинственного человека, которого я наконец распознала, все продолжалось. Соседка научилась управлять моим здоровьем. Она умела вызывать у меня сильные боли в пищеводе, в сердце, в легких. Это, наверное, она делает своими сверхъестественными свойствами, какими-нибудь лучами или аппаратами. Она хорошо знает медицину, ведь работала медсестрой. Моя квартира стала для нее лабораторией, а организм использовался для эксперимента. Я много раз просила ее оставить меня, не портить мое здоровье, но она говорила, что мои слова — бред.

Последнее время издевательства Ш. усилились. Так, как то в июле ночью она запустила ко мне в комнату множество комаров. Мне удалось поймать несколько комаров, и они оказались крайне необычными. Они не похожи на наших комаров. Наверное, они с Запада. Помогите мне избавиться от мучений».

Сходные описанному психологические феномены у лиц пожилого и преклонного возраста отнюдь не являются редкостью. Они вытекают из психологических особенностей возраста.

Приведенные в главе данные о возрастных особенностях позволяют учитывать этот немаловажный параметр при проведении экспериментально-психологического обследования, диагностики психопатологических симптомов и синдромов, а также при интервьюировании и оказании терапевтической помощи.

Семейная клиническая психология

Психология семейных отношений как раздел психологической науки изучает особенности формирования семьи, мотивы выбора супругов и в целом социальную сущность семьи и влияние семейных отношений на общество и гармонию отдельного человека. Для целей и задач, решаемых клинической психологией, психологические отношения в семье рассматриваются сквозь призму влияния на соматическое и психическое здоровье ее членов, а также их личностный рост.

Описано несколько сфер жизнедеятельности семьи, непосредственно связанных с удовлетворением определенных потребностей ее членов — функций семьи: *воспитательная, хозяйственно-бытовая, эмоциональная, духовного общения, первичного социального контроля, сексуально-эротическая.* Каждая из функций способна выступать как в гармонизирующей и адаптирующей члена семьи к обществу, так и дисгармонизирующей и дезадаптирующей его. В сфере отношения к здоровью семья способна формировать определенные паттерны, которые будут направлять человека, способствовать появлению у него патогенного или саногенного мышления (по Ю.М.Орлову).

Саногенное мышление — это мышление, которое уменьшает внутренний конфликт, напряженность, позволяет человеку контролировать эмоции, потребности и желания и, соответственно, предотвращает заболевания. **Патогенное мышление** действует, исходя из противоположных принципов — привычных автоматизмов и традиций. Естественно, что человек способен предотвратить развитие отнюдь не всех заболеваний, а лишь тех, которые формируются психогенным путем. К ним относятся невротические и психосоматические расстройства и заболевания.

Саногенное и патогенное мышление включает достаточно большое количество паттернов поведения, среди которых особо выделяется **антиципационный паттерн** (В.Д.Менделевич). Под ним понимаются сформированные в процессе социализации в семье шаблоны построения вероятностного прогнозирования и антиципации. Лица, страдающие неврозами, отличаются от тех, кто избегает в течение жизни невротического типа реагирования (неврозоустойчивых) тем, что игнорируют прогнозирование событий, впоследствии становящихся психотравмирующими. Чаще они исключают из прогноза нежелательные события, ограничивая тем самым возможности подготовки к восприятию и переработке невротизирующего конфликта. Патогенные антиципационные паттерны формируются в процессе семейного воспитания и передаются детям в виде стереотипов поведения, взаимоотношений с людьми, сохранения эмоциональной стабильности. Одним из таких семейных антиципационных паттернов является убежденность в необходимости и полезности для психического здоровья прогнозирования лишь желаемых исходов жизненных ситуаций и блокирование размышлений о нежелательных. Этот антиципационный паттерн закрепился даже в пословицах и поговорках («не каракай», «сглазишь» и др.). Этот семейный пат-

терн лежит в основе не только невротических (психогенных) расстройств, но и определяет психопатологическое синдромообразова-ние в рамках психотических нарушений, в частности при шизофрении. Анализ семей лиц, страдающих шизофренией, показывает, что в них также преобладает антиципационный паттерн, основанный на моновариантном типе вероятностного прогнозирования. Он отражается в формировании у ребенка (будущего психически больного) мистической одновариантной модели оценки происходящих событий, определенного догматизма мышления.

Наряду с антиципационным паттерном, семья способна вырабатывать у своих членов иные паттерны поведения: *нозогнозические (тревожный, депрессивный, истерический, ипохондрический) и анозогнозический.* При т.н. «семейной тревоге» преобладающим при столкновении с любой неординарной ситуацией становится радикал беспокойства, паники, страха. Депрессивный радикал может проявляться в чувстве неудовлетворенности, вины, самоуничижения. В рамках истерического преобладающими становятся экстрапунитивные реакции с попытками обвинять в происходящих событиях окружающих. При ипохондрическом преобладает фиксация на соматическом неблагополучии с преувеличением имеющейся тяжести расстройства. Анозогнозический паттерн вырабатывает у члена семье игнорирование наличия проблем или заболеваний.

Наиболее патогенное влияние на членов семьи может оказать семья, которую обозначают как *способствующая психической трав-матизации* (З.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий). В подобном случае психическая травматизация обусловлена не только прямыми конфликтами семьи с одним из членов, но и самой психотравмирующей средой, косвенным воздействием традиций внутрисемейных отношений на личность человека. Выделяют три типа т.н. неблагополучных семей:

- конфликтные
- кризисные
- проблемные

К **конфликтным супружеским союзам** относятся такие, в которых между супругами имеются сферы, где их интересы, потребности, намерения и желания постоянно приходят в столкновение, порождая особо сильные и продолжительные отрицательные эмоции. К **кризисным** — такие, где противостояние интересов и потребностей супругов носит особо резкий характер и захватывает важные сферы жизнедеятельности семьи. **К проблемным супружеским союзам** причисляют такие, перед которыми возникли особо трудные жизненные ситуации, способные нанести ощутимый удар по стабильности брака (отсутствие жилья и средств, тяжелая и продолжительная болезнь одного из супругов, осуждение на длительный срок и т.п.). При оценке типов и выраженности неблагополучия в семье, в первую очередь, обращают внимание на субъективную оценку супругами степени благополучия в их семье, а не на формальные признаки конфликтности.

По мнению Э.Г.Эйдемиллера и В.В.Юстицкого, семья участвует в формировании непосильного психического напряжения ее члена несколькими способами:

1. Создавая для индивида ситуации постоянного психологического давления, трудного или даже безвыходного положения. Примером может служить ситуация жены алкоголика, которую он держит в постоянном страхе, забирает деньги, и которая в силу своего беззащитного характера не в состоянии противостоять ему. Подобный способ может быть назван *«обучением беспомощности».*

2. Создавая препятствия для проявления членами семьи определенных, чрезвычайно важных для них чувств, удовлетворения важных потребностей. Это, во-первых, могут быть чувства, несовместимые с ролевыми представлениями члена семьи. Так, невестке может стоить огромных усилий скрывать свою антипатию по отношению к свекрови, чувство протеста в связи с ее стремлением вмешиваться во взаимоотношения с мужем. Во-вторых, чем неблагополучнее взаимоотношения в семье, тем значительнее усилия, которые приходится прилагать, чтобы сдерживать чувства фрустрации, раздражения, агрессии. В-третьих, эти чувства, потребности, которые семья должна удовлетворять, однако в силу тех или иных обстоятельств этого не делает. Последнее затрагивает удовлетворение сексуально-эротических потребностей.

3. Создавая или поддерживая внутренний конфликт у индивида.

Члены семьи часто используют для оказания давления на других членов семьи или супруга косвенное воздействие с помощью *супружеских (невербальных) игр.* К ним E.Bern относил такие, как: *«скандал»* или *«игру в ревность»* с целью избежать сексуального контакта и наказания таким способом супруга за какие-либо провинности; *«фригидная женщина»* и *«фригидный мужчина»* с целью провоцирования супруга на скандал и некоторые другие.

Семья способна формировать паттерн реагирования на психические травмы, т.е. создать фрустрационную толерантность члена семьи или сделать из него «потенциального невротика». Под **потенциальным невротиком** понимается (В.Д. Менделевич) индивид, в силу склада психической деятельности в большей степени, чем другие склонный к невротическому типу реагирования. В структуре индивидуально-психологических особенностей «потенциального невротика» отмечается несколько параметров.

Среди первого ряда параметров выделяется *феномен «фиксированных абсолютов».* Л.Бинсвангер, предложивший этот термин, видел в невротике человека, который в силу особенностей своего мышления с трудом анализирует происходящие в его жизни события, не может критично и иронично подойти к своим слабостям. «У невротика узок горизонт видения», — считал Л.Бинсвангер. Однако, не невроз ухудшает «пространственное зрение», но наоборот узость видения проблем приводит к неврозу. Одной из отличительных особенностей «потенциального невротика» является стиль его мышления, носящий оттенок *догматичности.* Жизнь такого человека строго ранжирована, регламентирована. В ней оценен вес и значимость возможных событий, многое из происходящего не имеет оттенков и строится на контрасте — либо черное, либо белое. Способствует тому масса фиксированных абсолютов — идеалов, догм, табу, эталонов, вера в которые истова и непоколебима. В.Штекель назвал явление игнорирования иных решений конфликтных отношений кроме заведомо выбранного — *«психической скотомой»,* т.е. островковым дефектом внутреннего зрения. Психологические образования в виде своеобразия мировоззрения, понимания и оценки жизненных происшествий формируются в семье.

К неврозу оказываются предрасположенными те люди, которые несклонны к гибкости, в некотором смысле упрямые, трудно переключающиеся с одного на другое, не желающие соотносить вынужденные обстоятельства со твоими принципами (наблюдение).

> Пациентка Г., 46 лет, неврозом заболела после того, как поссо-рилась с дочерью. Ссора же возникла, как считала пациентка, по ее дочери. Житейская ситуация, в которую та попала, достаточно узнаваема. Поводом — именно поводом, а не причиной, послужил тот факт, что незамужняя дочь отказалась прерывать первую,

незапланированную беременность и родила ребенка. Реакция матери была категоричной: «Жить вместе с человеком, который не посчитался с мнением матери, хотя оно было известно давно и считалось абсолютным, не буду ни при каких обстоятельствах — пусть даже принесет

-455-

извинения». Предыстория же была такова. Семейная жизнь Г. сложилась не так, как ей хотелось. Дочь она воспитывала одна, отказавшись от «услуг пьяницы-отца», с которым по собственной инициативе развелась, когда дочь пошла в ясли. Женщина пыталась воспитать дочь так, чтобы та избежала ее «участи». Воспитывая повзрослевшую дочь, она старалась ей внушить, что замуж можно выходить лишь за любимого человека, а не по увлечению или страсти. В день совершеннолетия у нас состоялся с ней об этом обстоятельный и откровенный разговор. Они немного повздорили. И тогда же мать ультимативно сказала ей, что если она родит ребенка будучи незамужней, то пусть сама и воспитывает его и не рассчитывает на нее. Так и произошло. Заболевание, возникшее и длившееся к моменту обращения к врачу полтора года, заключалось в обычных для невроза симптомах — бессоннице, плохом настроении, плаксивости, раздражительности и пр. Усугублялось тем, что дочь в ответ на реакцию матери не разрешила той видеться с внучкой, уехала жить в другой город. На беседе с врачом Г. соглашалась, что стоит лишь ей простить дочь, разрешить той вернуться и исчезнет вся болезнь. «Но я не могу пойти против своих принципов. В противном случае я перестану уважать себя», — говорила она.

«Фиксированным абсолютом» у пациентки Г. выступало представление о «нормальной — как у всех людей — жизни», определявшее все ее поведение. Ведь казалось бы, проще — не мучиться разлукой с любимой дочерью и внучкой, переступить через себя, пойти на компромисс и не только излечиться от невроза, но и наладить добрые семейные отношения, а значит приобрести и душевное спокойствие. Именно догматизм мышления, сформировавшийся в связи е несложившейся личной жизнью, создал благоприятную почву для невроза, задолго до него превратив человека в «потенциального невротика».

Подобные «фиксированные абсолюты» могут быть различны по сути, а их количество у одного человека колебаться от единицы до десятков. Несправедливо абсолютизированными могут оказаться семейные, производственные отношения, дружба, любовь и многое другое. Труднее назвать, что не подвержено абсолютизации.

Б.В. Зейгарник и Б.С. Братусь считают, что нормальной зрелой личностью можно назвать не ту, которая лишена противоречий и трудностей, а ту, которая способна принимать, осознавать и оценивать эти противоречия и способная продуктивно разрешать их в соответствии с наиболее общими целями и нравственными идеалами. Приведенный пример с больной Г. показателен в этом отношении. Больная, решившая не поступаться принципами, игнорирова-

-456-

ла в угоду им общие цели своей жизни — вырастить дочь, внучку. Можно сказать, что для гармоничной «неврозоустойчивой» личности характерна в противовес «потенциальному

невротику» отнюдь не беспринципность, но диалектичность в создании собственных принципов. Во многом понимание относительной значимости житейских невзгод, формируемое в процессе семейного воспитания избавляет от невроза.

Догматический строй мышления, негибкость и бескомпромиссность — лишь один из параметров портрета «потенциального невротика». Это одна, но не единственная черта людей подобного склада. Не менее важной составляющей считается *способность к адекватной самооценке и контролю притязаний.* Для «потенциального невротика» характерна неустойчивость самооценки (от значительно завышенной до существенно заниженной), которая также проходит этап становления в семье. Неправильно оценивая свои возможности, «потенциальный невротик» постоянно сталкивается с жизненными трудностями, которые сам и создает. То, чем он особенно дорожит — авторитет, — оказывается подорванным. Требуя к собственной персоне большеш внимания в соответствии с пониманием своей большой роли, он не находит достойного отклика (наблюдение).

> С типичными признаками невроза обратился пациент К. Заболевание развилось у него постепенно, после того, как его близкий друг — однокашник и коллега по работе — обошел его по служебной лестнице и стал его непосредственным начальником. К. был убежден, что сотрудники предприятия, на котором работали К. и его друг, «по заслугам оценят его истинные способности», которые сам он оценивал высоко, «по крайней мере, выше, чем у друга». Он был уверен, что именно его изберут начальником отдела. Нежелание считаться со своими реальными способностями, а они в действительности были много скромнее, чем у приятеля, да и многих сослуживцев, привело к нервному срыву.

Наивно думать, что гармонично развитая личность, видя свои недостатки, не предпринимает попыток их искоренить и стать лучше, чем она. есть. В действительности человек должен несколько завышать свои представления о себе. Однако для формирования «неврозоустойчивости», да и вообще для полноценной жизни, необходимо постоянно проверять на практике реальность представлений о собственных возможностях. Потерпев поражение, здоровый человек не опускает рук. Он корректирует самооценку и уровень притязаний и говорит себе: «Всякое поражение неприятно, но это не ко-

нечное отступление. В моих силах сделать так, чтобы в будущем я добился здесь успеха».

«Потенциальный невротик» в силу семейной традиции часто очень болезненно реагирует на подобные поражения и в отличие от гармоничной личности продолжает упорно, невзирая на объективные трудности штурмовать недоступную вершину. Тогда как «неврозоус-тойчивый» человек вначале ставит перед собой более легкую задачу и постепенно, поэтапно усложняя ее, движется к конечной цели. Инженер К., о котором упоминалось выше, не сумел соотнести свои возможности со своими притязаниями и в дальнейшем, после новых неудач, неоднократно заболевал неврозом. После случая с выбором его друга начальником отдела, К. предлагал свою кандидатуру на подобный пост в других отделах, но во всех случаях проигрывал в открытом конкурсе. Неустойчивость самооценки и несоответствующий реальным возможностям уровень притязаний по праву считаются чертами портрета «потенциального невротика».

Как было описано выше, для человека, склонного к невротическому типу реагирования крайне характерна неспособность предвидеть, предугадывать ход жизненных событий, моделировать собственное поведение в тех или иных возможных ситуациях. «Потенциальный невротик» в силу подобной неспособности оказывается часто не готов к быстрому и адекватному разрешению конфликтов. Там, где гармоничный человек просчитывает варианты действий, взвешивает их, решает как шахматную партию, подготавливает себя к борьбе с худшими обстоятельствами, «потенциальный невротик» беспечен и незащищен. Неспособность

прогнозировать события обезоруживает человека перед лицам житейских коллизий. Не вызывает сомнений тот факт, что, подготовившись к встрече с трудностями, заняв удобное положение, легче их преодолеть или даже избежать. И, наоборот, неожиданность как бы парализует деятельность на какое-то время.

Стрессовая готовность не должна пониматься как повышенная напряженность. Человек, нацеленный избегать невротических расстройств, должен научиться разумно проигрывать в голове многие варианты своей будущей жизни, решить для себя, что имеет принципиальное значение и потребует действительной борьбы (например, любовь к детям или служебное положение), а также подумать, при каких обстоятельствах он будет отступать и капитулировать, естественно, подготовив для этого отходные пути.

Здесь мы сталкиваемся с неким парадоксом. Ортодоксальность советов по предупреждению невротических расстройств входит, на первый взгляд, в противоречие с романтической натурой человека, с эмоциональностью его поступков. Возражения вызывает у родителей, воспитывающих ребенка тот факт, что для искоренения черт невротичности предлагается жить по принципу: «Надейся на лучшее, но готовься к худшему». Т.е. воспитание антиципационной состоятельности требует прогнозировать отрицательный и неблагоприятный исход важнейших жизненных событий в противовес традиции исключать их прогнозирования. Считается, что подобная рассудочность превращает жизнь в схему, когда человек разучается расстраиваться и плакать, делается безразличным к другим. Однако, следует отметить, что трезвый расчет не мешает человеку не только безудержно горевать, но и искренне радоваться, поскольку настоящая радость возникает чаще от неожиданного события, а не от того, к которому годами готовишься.

Часто симптомы невроза возникают у женщин с неблагополучно складывающейся семейной жизнью. Для многих из них угроза развода становится фактором, провоцирующим заболевание. Типична следующая ситуация (наблюдение).

> Жена на основании анонимного телефонного звонка или письма узнает, что муж ей неверен, проводит время с любовницей. По возвращении мужа с работы, жена устраивает ему скандал, требует признания в супружеской неверности, грозит ему обращением к его начальству. Через некоторое время, не добившись от мужа признания, она вынуждена обратиться к психиатру в связи с раздражительностью, нетерпимостью к людям, плаксивостью и иными типичными симптомами невротического срыва. В беседе с врачом она откровенно рассказывает о семейном конфликте, просит врача посоветовать, как поступить. Однако любой совет парирует контрдоводами. Получается, что и разводиться «нужно непременно» и «нельзя разводиться, потому что останутся сиротами дети».

Связь данной ситуации со способностью предвосхищать события и быть готовым к ним объясняется тем, что женщина, искренне верившая, что муж ей верен и будет верен всегда, никогда — даже в мыслях — не представляла себе обратного, столкнулась с неспрог-нозированнои ею ситуацией. Она не выработала принципов своей деятельности в случае измены супруга, поскольку не обладала адекватным антиципационным паттерном. Ведь, любя мужа, искренне веря ему, она могла бы все же как-то определиться с тем, что она будет делать, если произойдет адюльтер. Неврозом после развода или измены супруга заболевают значительно чаще те, кто «не представлял, что такое может случиться». Подобная категорическая вера,

безудержный оптимизм создают инфантильный, наивный образ, который в свою очередь становится базой для невроза.

Таким образом, можно утверждать, что семья выступает в качестве фактора сенсибилизации ее члена к психической травме четырьмя путями: 1) через формирование неспособности противостоять психической травме из-за изнеживающего воспитания; 2) через воздействие на психическую сопротивляемость; 3) через формирование представлений индивида о патогенности ситуации и 4) через представление о вероятности возникновения патогенной ситуации.

Формированию готовности одного из членов семьи к невротическому или психосоматическому типу реагирования способствуют не только психотравмирующие события как таковые. Нередко патогенными становятся микротравмы и недопонимания между членами семьи, связанными с определенными ожиданиями и традициями. По мнению N.Peseschkian, существует несколько подобных семейных традиций паттернов, способных вызвать у одного из членов семьи психическую или соматическую патологию и проблемы со здоровьем. Т.н. *«недопонимания»* разделяются на четыре группы:

- родительские (между родителями и детьми
- партнерские
- концептуальные (мировоззренческие, философские)
- терапевтические (врач-больной)

К «недопониманиям» относят: 1) несоответствие целей и содержания воспитания; 2) неспособность различать идентичность кризисов и личностное развитие; 3) понимать уникальность и'тожде-ственность; 4) справедливость и любовь; 5) идентификацию и проекцию; 6) мужчину и женщину; 7) секс, сексуальность и любовь; 8) карикатуры любви; 9) здравый смысл и предубеждение; 10) интеграцию и потерю общности; 11) относительность ценностей; 12) обобщение и дифференциацию; 13) бессознательное и сознательное; 14) веру, религию и церковь; 15) условность и безусловность судьбы; 16) смерть и отношение к смерти.

Каждое из недопониманий указывает на столкновение концепций взаимодействующих сторон в процессе многократного общения или длительного противостояния. Подобные ситуации недопонимания могут быть спонтанными и вызванными сознательно, спрово-цированными. Иногда человек не только и не столько не понимает намерений партнера, сколько имитирует недопонимание, которое автоматически освобождает его от нежелательных действий.

К недопониманиям, вызывающим психологические отклонения и психические симптомы у родителей, относится **недопонимание целей и сути воспитания** детей. У многих матерей развиваются клинические симптомы невротических расстройств в связи с несоответствием действий их ребенка идеальному поведению («Ты меня в гроб вгонишь своим непослушанием», «У других дети как дети, а у меня недоразумение, наверное, преступником будет» и т.д.). Одних раздражает упрямство собственных детей, других — медлительность, третьих — наивность и доверчивость, четвертых — наоборот, недоверчивость и скрытность, пятых — неорганизованность, шестых — напротив, излишняя организованность, дотошность, «почемучка-ние» и т.д. Недопонимание целей и сути воспитания основано на неспособности и неумении родителей различать два процесса: обучения и тренинг (дрессура).

Другим родительским недопониманием считается неспособность различать идентичность кризисов и личностного развитие, которое лучше всего представить на основании максимы Вовенарга: «Молодежь меньше страдает от собственных ошибок, чем от нравоучений и мудрости старших». Кризис воспитания, питающий психологические девиации у родителей и детей включает предубеждение о том, что ребенок должен учиться на чужих ошибках и предотвращать собственные неверные действия. В жизни это проявляется желанием родителей научить ребенка не ошибаться, давая ему разнообразные советы. Однако, также как, с одной стороны (родительской), давая ему разнообразные советы, существует желание уберечь чадо от неприятностей, с другой (детской). Есть желание испытать себя, убедиться в правильности сентенций, найти свой собственный путь. Именно это обозначается понятиями «личностный рост и развитие».

Следующее недопонимание обозначается «уникальность-тождественность». Оно отражает конфликт между семейными традициями, к примеру, в выборе профессии или рода занятия, и

желаниями, идущими с ними вразрез. Не редки случаи, когда родители заранее уготавливают своим детям ту или иную судьбу, конструируют их будущее на основании семейных предпочтений: «Дед и отец были инженерами (адвокатами, врачами), значит и сын должен пойти по их стопам, продолжить их дело». Однако, дети могут выбрать уникальный и отнюдь нетождественный путь своего развития, что способно вызвать семейный кризис и расстройства у кого-либо из членов семьи.

- 461 -

К родительским относится и недопонимание, называемое **«справедливость-любовь».** Оно описывается как попытка кого-либо обосновать эмоциональность (любовь) теми или иными качествами человека, рационализировать чувства. Обычно родители используют принцип справедливости в беседе с ребенком: «Я тебя не люблю, потому что ты — непослушный (невежливый или неорганизованный)». Как показывает подобный пример, любовь пытаются опосредовать с помощью вторичных, социально значимых способностей.

К группе партнерских недопониманий относится, в первую очередь, такое, как **«идентификация-проекция».** Когда мы оцениваем поведение других, то меряем их своей меркой. Мы представляем, как бы мы поступили, а также что хорошо и что плохо с нашей точки зрения. Это обозначает, что мы сводим все многообразие человеческой мотивации и поведения к единственно верному пути и оценке. Неумение или нежелание поставить себя на место партнера, представить альтернативные варианты мотивации и поведения приводят иногда к конфликтам и психологическим проблемам в партнерских взаимоотношениях. К примеру, поздний приход домой супруга может одной супругой трактоваться как измена, другой — как непунктуальность, третьей — как увлеченность работой. Оценка одного и того же события будет строиться на идентификации и проекции, представлении о том, что бы это значило, будь я на месте партнера.

К партнерским недопониманиям относится и такое, как: **«мужчина-женщина».** Суть его заключается в конфликте ролевого поведения, когда за человеком того или иного пола, тянется шлейф типичных представлений о его назначении, формах поведения, стилях жизни. Часто это проявляется в гиперобобщениях типа: «Все мужчины гуляки, все женщины — сплетницы» и пр.

Когда говорят о недопонимании **«секс-сексуальность-любовь»** имеют ввиду однобокую оценку такого чувства, как любовь. Она характеризуется лишь с позиции сексуальной привлекательности партнера. Если брачные узы строятся на такой основе, то возможны разочарования и психологические трудности партнёров в связи с возрастными изменениями. Близким к описанному считается недопонимание смысла любви (недопонимание **«карикатура любви»),** когда выделяют следующие разновидности любви: любовь как достижение, как любопытство, как потребление, как релаксация, как сексуальное возбуждение, как конформность, как конкуренция.

Нередкими являются и концептуальные недопонимания, которые создают благоприятную почву для возникновения невротического конфликта. Базой для них служат предубеждения, суеверия,

-462-

догмы и традиции. Одним из таким недопониманий является **«здравый смысл-предубеждение»,** отражающее два принципиально различных подхода к пониманию и объяснению действительности: рациональный и иррациональный.

К концептуальным недопониманиям относят и такое, как **«интеграция и потеря общности»,** при котором человек склонен оценивать то или иное событие либо пессимистично либо оптимистично, исходя из структуры индивидуально-психологических особенностей личности. Важными концептуальными недопониманиями являются: **«относительность ценностей» и «обобщение-дифференциация».** Продемонстрировать подобный феномен можно на примере психологических особенностей главного героя рассказа В.Солоухина «Трость»:

> «Холостой мужчина, долгие годы безуспешно искавший спутницу жизни, посвятил свою жизнь коллекционированию тростей. Главной его гордостью была коллекция из десятков тростей

различного цвета, из разных стран, сделанных из разнообразного материала. Судьба после долгих лет свела его с женщиной, которую он полюбил. Однако, незначительное событие вновь вернуло его в холостяцкое лоно, разбило желанный брак. Событие это произошло на мосту, по которому мужчина прогуливался со своей возлюбленной. Женщина с целью проверки чувств своего избранника попросила его «ради нее» выбросить в воды реки трость, которую тот держал в руках и которой незадолго до этого хвастал. Внутренняя борьба между желанием угодить любимой женщине и нежеланием расставаться с любимой вещью привела к выбору второго и психологическому обоснованию этого выбора — «капризностью характера женщины».

Подобный пример отражает, с одной стороны, недопонимание «относительность ценностей» (важнее оказалась трость, а не любовь), с другой стороны, «обобщение-дифференциация» (на основании одного поступка делалось предположение о стиле жизни вообще).

К концептуальным недопониманиям относят также **«бессознательное-сознательное»,** характеризующееся неверной оценкой деятельности окружающих. Однако, наиболее принципиальным считается недопонимания, обозначаемые **«Вера-религия-церковь», «Условность и безусловность судьбы», «Смерть н отношение к смерти».** Невротический конфликт может возникнуть в связи с рассуждением о вышеперечисленных принципиальных аспектах жизни и смерти, веры и приверженности религии, понимания фатальности или обусловленности внутренними факторами судьбы.

-463-

Семейные традиции в области питания, двигательного режима, способов отдыха и расслабления, наряду со стереотипами психических реакций и восприятия событий, способны формировать склонность к тем или иным психосоматическим расстройствам.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

Вопрос 1. Понятие «зона ближайшего развития» предполагает, что:

а) обучение должно идти впереди развития

б) обучение должно идти наравне с развитием

в) обучение должно идти позади развития

г) обучение не должно совпадать с этапами развития

д) обучение должно ориентироваться на нравственность

Вопрос 2. Процесс формирования в структуре старой новых видов деятельности, характерных для следующего возрастного периода, сопровождающейся созреванием или перестройкой частных процессов и основным» психологическими изменениями личности, называется:

а) основной деятельностью

б) опережающей деятельностью

в) аномальной деятельностью

г) ведущей деятельностью

д) взрослением

Вопрос 3. Психические и социальные изменения, которые впервые возникают на данной возрастной ступени и определяют сознание ребенка, его отношение к среде, внутреннюю и внешнюю жизнь называются:

а) феноменами роста

б) феноменами взросления

в) ведущей деятельностью

г) новоформированиями

д) новообразованиями

Вощин. 4. Возрастными психологическими кризами называют:

а) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими изменениями внешности

б) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями

в) периоды резкого изменения отношения к родителям г) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психоэндокринными изменениями

д) периоды резкого изменения отношения со сверстниками

Вопрос 5. Период зрелости возникает в возрасте:

а) 20-25 лет

б) 25-30 лет

в) 30-35 лет

г) 35-60 лет

д) старше 60 лет

Вопрос 6. «Комплекс оживления» характерен для:

а) периода новорожденности

б) периода младенчества

в) юношеского периода

г) периода зрелости

д) периода преклонного возраста

Вопрос 7. Отсутствие «комплекса оживления» считается характерным признаком:

а) синдрома раннего детского аутизма

б) подростковой шизофрении

в) шизофрении в позднем возрасте

г) детских страхов

д) пубертатного криза

Вопрос 8. Кризис первого года жизни характеризуется:

а) появлением социальных навыков

б) потребностью к самостоятельности

в) потребностью в близких отношениях с матерью

г) становлением «комплекса оживления»

д) становлением ходьбы и речи

Вопрос 9. Гипердинамический синдром является типичным для:

а) новорожденных

б) младенцев

в) детей в возрасте 3-5 лет

г) подростков

д) пожилых людей

Вопрос 10. Ведущей деятельностью детей дошкольного и младшего школьного возраста является:

а) учеба

б) отдых

в) развлечения

г) хобби

д) игра

Вопрос 11. Игровая деятельность, во время которой на длительный период человек способен «перевоплотиться» в животное, выдуманный образ или неодушевленный предмет, называется:

а) фантазированием

б) патологическим фантазированием

в) воображением

г) галлюцинозом

д) иллюзорной деятельностью

Вопрос 12. Реакция, выражающаяся настойчивым стремлении подростка добиться успеха в той области, в которой он слаб, называется:

а) реакцией компенсации

б) реакцией гиперкомпенсации

в) реакцией оппозиции

г) реакцией эмансипации

д) реакцией достижения

Вопрос 13. Руководство человеком эгоистическими соображениями взаимной выгоды при совершении тех или иных поступков относится к проявлениям:

а) автономной морали

б) конвенциональной морали

в) доморальному уровню морали

г) аморальному уровню

д) ни один из ответов неверен

Вопрос 14. «Кризис средних лет» наступает, как правило, в возрасте:

а) 20±2 лет

б) ЗО±2 лет

в) 40±2 лет

г) 50+2 лет

д) 60+2 лет

Вопрос 15. Типичными психологическими особенностями пожилых людей являются все нижеперечисленные за исключением:

а) эгоцентризма

б) альтруизма

в) недоверчивости

г) тревожности

д) снижения общительности

Вопрос 16. Семейный паттерн, при котором у члена семье вырабатывается игнорирование наличия проблем или заболеваний, называется:

а) апатический

б) истерический

-466-

в) ипохондрическим

г) нозогнозическим

д) анозогнозическим

Вопрос 17. Развитие шизофрении у ребенка происходит вследствие семейного воспитания по типу:

а) парадоксальной коммуникации («шизофреногенной матерью»)

б) «кумир семьи»

в) гиперопеки

г) гипоопёки

д) ни один из ответов неверен

Вопрос 18. Конфликт между семейными традициями, к примеру, в выборе профессии или рода занятия, и желаниями, идущими с ними вразрез, называется (по Н.Пезешкиану):

а) аверсия-аппетенция

б) аверсия-аверсия

в) справедливость-любовь

г) уникальность-тождественность

д) семья-индивид

Вопрос 19. Семья вырабатывает у ее членов саногенное мышление в целью:

а) личностного роста

б) уменьшения внутреннего конфликта, напряженности, и предотвращения заболеваний

в) смирения с жизнью в случае телесного дефекта

г) избегания шизофрении

д) преодоления невротических расстройств

Вопрос 20. Реакция эмансипации характерна для:

а) пожилых

б) младенцев

в) престарелых

г) зрелых лиц

д) подростков

-467-

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Л.С. Выготский, Детская психология. /Собр. сочинений. М, 1984, т.4. Детская психология: Учеб. пособие /Под ред. Я.Л. Коломинского,

ЕА. Панько. Минск, 1988.

В.В. Ковалев. Психиатрия детского возраста. М., 1979,608 с.

И.С. Кон. Психология ранней юности. М., 1989, 255 с.

Е.А. Личко. Подростковая психиатрия. Л.,1985,416 с.

В.Д. Менделевт, Д.А. Авдеев, С.В.Киселев. Психотерапия «здравым смыслом», Чебоксары, 1992, 76 с.

Э.Г. Эйдемиллер, В.В.Юстицкий. Семейная психотерапия. Л., 1990,192 с. *Д.Б. Эльконин.* Детская психология. М., 1960. *Д.Б.Эльконин.* Психология игры. М., 1978.

-468-

Глава 10
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Одной из наиболее значимых проблем клинической психологии является оказание психологической помощи клиентам с разнообразными житейскими проблемами, находящимся в кризисных ситуациях, а также пациентам с соматическими и психическими заболеваниями, имеющим невротические, психосоматические расстройства, характерологические девиации и личностные аномалии.

Под психологической помощью понимается предоставление человеку информации о его психическом состоянии, причинах и механизмах появления психологических феноменов или психопатологических симптомов и синдромов, а также активное целенаправленное психологическое воздействие на индивида с целью гармонизации его психической жизни, адаптации к социальному окружению, купированию психопатологической симптоматики и реконструкции личности для формирования фрустрационной толерантности, стрессо- и неврозоустойчивости.

Психологическая помощь является практической реализацией теоретических изысканий клинического психолога на основе научного анализа психического статуса и индивидуально-психологических особенностей человека, типов его реагирования на различные фрустрирующие события, в первую очередь, болезни и конфликтные ситуации. Традиционно вьщеляют три вида психологической помощи: *психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию.* Они представляют собой воздействие на различные стороны личности и имеют разнящиеся цели и способы, могут применяться раздельно и в сочетании. Основной целью психологического консультирования является *формирование личностной позиции,* специфического мировоззрения и взгляда на жизнь, принципиальные и непринципиальные стороны человеческого существования, формирование иерархии ценностей. Задачей психологической коррек-

-469-

ции является *выработка и овладение навыками* оптимальной для индивида и эффективной для сохранения здоровья психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе. Психотерапия в узком понимании термина основной своей задачей ставит *купирование психопатологической симптоматики,* посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности.

Оказание эффективной психологической помощи немыслимо без кооперирования перечисленных видов психологического воздействия, поскольку адекватный стиль взаимодействия человека с окружающим миром невозможен как без сформированной личностной позиций, проявляющейся в теоретическом осмыслении реальности и выборе наиболее подходящей

мировоззренческой платформы с иерархией ценностей, так и без конкретных психологических навыков. преодоления жизненных сложностей, а также «саногенных умений». Взаимодействие различных психологических составляющих человека, направленных на поддержание гармонии можно представить как пирамиду (рисунок 24):

Лишь при наличии совокупности представленных составляющих можно говорить о гармоничности человека в сфере преодоления фрустраций, стрессов и конфликтных психотравмирующих ситуаций и возможности личностного роста.

Под **психологическим консультированием** подразумевается проведение анализа психического состояния клиента или пациента с использованием различных методов психологической диагностики (интервьюирования, экспериментов и пр.) с предоставлением ему объек-

-470-

тивных данных и научных интерпретаций их результатов, которые должны способствовать разрешению стоящих перед человеком общежитейских проблем, формированию новых представлений о различных подходах к решению психологических проблем, вариантах их предотвращения и методах психологической защиты и компенсации, а также расширению его психологической культуры и личностному росту. Таким образом, консультирование охватывает, во-первых, *диагностический процесс* и способствует определению нормального или аномального развития человека, наличия или отсутствия психопатологической симптоматики; во-вторых, *процесс информирования* индивида о структуре его психической деятельности и индивидуально-психологических особенностях, благоприятных и потенциально патогенных жизненных ситуациях; в-третьих, *процесс обучения* навыкам психологической зашиты, аутотренинга и иных способов нормализации собственного эмоционального состояния.

Психологическая коррекция базируется на консультировании и предполагает целенаправленное психологическое воздействие на клиента или пациента с целью приведения его психического состояния к норме в случаях диагностики у него каких-либо характерологических девиаций или личностных аномалий, а также для освоения им какой-либо деятельности. Психологическая коррекция в клинической психологии направлена на активное внешнее вмешательство в формирование адекватного и искомого психического состояния человека, его активности и душевного комфорта, гармонизации его отношений социальным окружением.

Психотерапия в узком понимании термина является видом активного психологического воздействия на пациента, имеющего психопатологические симптомы и синдромы и находящегося в состоянии кризиса, фрустрации, стресса или душевной болезни. Психотерапия подразумевает как купирование болезненных клинических проявлений, так и коррекцию индивидуально-психологических свойств человека с целью вторичной профилактики психогенных (невротических, психосоматических) расстройств и заболеваний с помощью специальных способов психотерапевтического воздействия. При широком толковании термина «психотерапия» подданным видом психологического воздействия имеют ввиду все виды направленного психологического воздействия на индивида (консультирование, коррекцию и терапию).

Отличия различных видов психологической помощи по таким параметрам, как цель, объект, предмет, способ воздействия и позиции пациента (клиента) представлены в таблице 21.

-471-

Таблица 21

Отличия различных видов психологической помощи

	Психологическое консультирование	Психокоррекция	Психотерапия
Объект воздействия	клиент, пациент	клиент, пациент	пациент

Предмет	проблема, индивидуально-психологические особенности	проблема, характерологи-ческие девиа-ции и личност-ные аномалии	психопатологи-ческие симп-томы и синдромы, характерологические девиации и личностные аномалии
Способ	информирование, обучение	тренинг	активное воздействие (терапия) различными способами

Позиция клиента	активная, ответственен за результат	пассивная, не ответственен за результат	пассивная, не ответственен за результат
Цель воздействия	формирование личностной позиции	формирование навыков психологической компенсации	купирование психопатологической симп томатики

Клинический психолог должен быть осведомлен о различных видах психологической помощи и воздействия на клиента или па-цкента, при этом в его компетенцию входит не только разработка плана обследования, вынесения экспертного заключения, но и выбор наиболее адекватных и эффективных способов оказания психе-логической помощи. От его диагностического заключения зависит построение стратегии и тактики *«ведения пациента»,* направления «во по одному из путей (медицинскому иди психологическому) и согласование оказания помощи со специалистами в других областях (рисунок 25).

-472-

Таким образом, профессиональной компетенцией клинического психолога в сфере оказания психологической помощи является психическая патология, Исключающая психотические расстройства, и психологические проблемы как соматически здорового, так и больного человека. При этом клинический психолог вправе применять все виды психологической помощи (консультирование, коррекцию и психотерапию). Он может оказывать психологическое воздействие, манипулировать в процессе общения, управлять собеседником или формировать у него определенные качества (Г.С.Абрамова). Под *воздействием* в процессе оказания психологической помощи понимается изменение психической реальности другого человека с целью создания для него новых переживаний и качеств. Воздействие предполагает ценность другого человека как меру изменений психической реальности. *Манипулированием* обозначается изменение психической реальности человека в соответствии с целями и задачами кого-либо или чего-либо. Оно предполагает скрытое или явное обесценивание человека. *Управлением* называется изменение психической реальности человека в соответствии с ее свойствами. Применяется при отсутствии у индивида возможности адекватной саморегуляции, к примеру, при патологии характера, личностных аномалиях или психопатологических симптомах невротического регистра. *Формирование* — это изменение психической реальности человека в соответствии с представлениями о ее социальной и индивидуальной норме. В этом случае предполагается, что сам человек не может достичь этой нормы вследствие дефекта или дефицита каких-либо качеств, например интеллектуальным или волевых.

Различные виды психологической помощи включают вышеперечисленные способы психического воздействия на человека в условиях клинического взаимодействия, но представлены они по-разному. Так, консультирование в большей степени ориентируется на психологическое воздействие в узком понимании этого термина, т.к. учитывает цели клиента (пациента), его индивидуально-психологические особенности и личностные ценности. Вследствие этого в процессе консультирования с помощью специальных методов воздействия осуществляется нормализация психического состояния индивида и расширение представлений о себе, ситуации, вариантах преодоления жизненных сложностей и внугриличностных конфликтов и приобретения навыков психологической защиты и компенсации. Психокоррекция в большей степени ориентируется на процессы манипулирования, управления и формирования, что связано с неспособностью человека самостоятельно (даже при приобретении знаний и навыков саморегуляции) изменить параметры своей психической деятельности в силу аномалий или дефектов психики. В рамках психотерапии используется каждый из вышеперечисленных способов оказания психологической помощи в зависимости от структуры психической проблемы индивида, его индивидуально-психологических особенностей и теоретических воззрений психотерапевта.

Считается, что психотерапия относится к сфере деятельности медицинского работника (психиатра по профессии) в силу того,

-474-

что, с одной стороны, ориентируется на симптомы и синдромы (т.е. болезненные проявления психической деятельности), с другой, в связи с возможностью развития неблагоприятных последствий оказания психологической помощи. Перечисленных особенностей в различной степени лишены иные виды психологического воздействия — психологическое консультирование и коррекция —, которые либо полностью, либо частично исключают возможность развития негативных последствий для соматического или психического здоровья. Если сравнить психотерапию с консультированием и коррекцией, то обнаружится факт облигатности для нее показаний и противопоказаний. Т.е. психотерапевт склонен учитывать целую гамму особенностей

при назначении психотерапии — от индивидуально-психологических особенностей пациента до его соматического статуса. Противопоказаний для консультирования практически не обнаруживается, поскольку состояния здоровья человека не имеет принципиального значения для оказания данного вида психологической помощи. Психокоррекция в этом отношении занимает промежуточное положение между психотерапией и консультированием, поскольку косвенно может влиять на физическое состояние человека и провоцировать ухудшение здоровья. Следовательно, при проведении некоторых психокоррекционных мероприятий целесообразен медицинский или психиатрический контроль.

Психологическое консультирование

Консультирование в процессе оказания психологической помощи подразумевает совместное обсуждение врача, клинического психолога, с одной стороны, и пациента или клиента, с другой, возникших у человека проблем, возможных вариантов их преодоления и профилактики, а также информирование индивида о его индивидуально-психологических качествах, специфических типах реагирования, методах саморегуляции. Консультирование направлено на выработку активной позиции человека по отношению к психологическим проблемам, фрустрациям и стрессам с целью обучения способам восстановления или сохранения эмоционального комфорта в критических жизненных ситуациях.

Диагностические процесс в структуре психологического консультирования включает клиническое интервьюирование (см.главу 1) и использование батареи экспериментально-психологических методик для определения особенностей функционирования психических процессов и параметров индивидуальности. Существенным при

консультировании в практическом отношении является процесс информирования человека об объективных параметрах его психической деятельности и свойствах индивидуальности, а также обучение способам психической саморегуляции.

Информирование клиента представляет довольно деликатный и сложный процесс, поскольку предполагает не только беспристрастное преподнесение фактов, но и учет возможных реакций человека на информацию о себе. Существует несколько стратегий информирования, принципиально различающихся степенью *использования оценочных категорий, фокусировкой и используемой терминологией.*

Учитывая тот факт, что клинический психолог или врач получают в процессе обследования клиента (пациента) достаточно большое количество объективных данных, возможна различная *фокусировка* при информировании. Можно фиксировать внимание на: а) явных отклонениях функционирования организма и психики; б) всех имеющихся отклонениях; в) отклонениях, которые индивид способен осмыслить и изменить; г) всем спектре проявлений — и нормальных и аномальных; д) нормативных признаках и проявлениях. Известны три подхода при фокусировке внимания и информировании человека: *оптимистическая, пессимистическая и нейтральная.* Одна и та же информация может быть воспринята как положительная, отрицательная или индифферентная. Классическим примером может служить информирование о количестве жидкости в стакане воды: 1) стакан наполовину полон, 2) наполовину пуст или 3) жидкость в стакане занимает половину объема. Возможен выбор различных объектов фокусировки внимания человека в процессе оказания психологической помощи. Это могут быть отдельные функции или деятельность всего организма наличности («У Вас качественно нарушен процесс мотивационного опосредования деятельности и изменена иерархия ценностей» или «У Вас отмечаются существенные отклонения в поведении, вследствие акцентуаций характера и нарушения волевой регуляции деятельности»).

В процессе информирования отмечается различный подход не только к фокусировке, но и к описанию и оценке выявляемых в процессе интервьюирования и диагностики клинических феноменов. Возможны *оценочный или описательный подходы*. В первом случае информирование включает оценочные категории (адекватный-неадекватный, нормальный-патологический, здоровый-больной, дефектный и т.д.). Во втором психолог или врач при информировании

стараются избегать оценочных категорий и ориентируется лишь на описание клинических феноменов, предоставляя в случае необходимости многовариантность истолкования полученных фактов.

- 476 -

Существенным в процессе информирования является также используемая клиницистом (психологом или врачом) *терминология*. Он может применять специфическую научную терминологию и даже жаргон («разноплановость мышления», «использование каузальной атрибуции» и пр.), непонятные обследованному, или, учитывая языковые и иные параметры клиента, делать заключение на обыденном языке.

Обучение навыкам саморегуляции в процессе психологического консультирования осуществляется различными способами с ориентацией на приоритетность предоставления клиенту или пациенту максимально возможной информации о способах и методах психологической защиты и компенсации, сано- и патогенетических паттернах мышления и прогнозирования, закономерностях развития, этапах и исходах межличностных и внутриличностных конфликтов. Индивид в процессе консультирования обучается навыкам рефлексивного стиля мышления, здравомыслию и адаптивным формам реагирования исключительно с помощью информирования, поскольку тренинговый способ входит в структуру иного вида психологической помощи — психокоррекции.

В первую очередь, клиент или пациент приобретают знания способов **психологической защиты.** Сутью их является сохранение баланса между внешними силами, действующими на человека, и внутренними ресурсами. Выделяют следующие варианты психологических защитных механизмов: рационализация, проекция, вытеснение, идентификация, компенсация, гиперкомпенсация, фантазирование, доминирующие идеи (М.Ярош).

Рационализация — стремление к самооправданию, поиск причин и мотивов своих поступков во внешней среде. Обвинение, например, окружающих людей в возникновении болезни или психологической проблемы. Больной при этом старается найти максимально убедительные и правдоподобные доказательства внешней обусловленности его болезненных высказываний и неадекватных поступков, стремясь сознательно или подсознательно уйти от признания тягостного факта развития у него болезни.

Проекция — приписывание другим своих неблагоприятных черт характера. Такой механизм личностной защиты наиболее часто отмечается у пациентов с погра-

-477-

ничной психической патологией (при личностных расстройствах и неврозах). Больной осознанно или неосознанно старается создать у врача впечатление, что его болезненный срыв является следствием отрицательных черт характера близких ему людей.

Вытеснение — проявляется в забывании, игнорировании очевидных фактов неправильного поведения или симптомов болезни, вплоть до полного ее непризнания. Наиболее ярко вытеснение проявляется при истерических расстройствах — пациент часто не помнит наиболее неприятные и тяжелые для него события.

Идентификация — достижение внутреннего психического успокоения путем сопоставления, идентификации себя с кем-либо другим (например, со своими детьми — желание, чтобы они достигли в жизни того, чего он не достиг сам).

Компенсация основана на стремлении к достижению успеха в какой-то области и, таким образом, к компенсации неудач в другой области, вызванных, например, недостаточными физическими способностями, отсутствием дарований, дефектом речи (например, усиленные занятия музыкой, чтобы чем-то отличаться от кого-то и привлечь к себе внимание).

Гиперкомпенсация — стремление к достижению успеха и чувства значимости именно в той области, которая до сих пор была наиболее трудной (физически слабый с помощью интенсивных тренировок старается быть самым сильным в каком-либо виде спорта, робкий и трусливый человек прикрывается напускной развязностью и грубостью, лживый человек стремится убедить других и отчасти даже сам убежден в своей исключительной честности).

Фантазирование проявляется в виде воображения исполнения неосуществимых желаний или успешного разрешения какой-то тягостной ситуации, в идентификации себя с каким-то литературным или былинным героем. Оно способствует снижению тягостного внутрипсихического напряжения, вызванного жизненной неудачей или болезнью.

Доминирующие, или сверхценные, идеи — убеждения с сильным эмоциональным зарядом, которые принимаются за самые важные в жизни и служат мотивацион-ным стимулом к достижению какой-то определенной цели, несмотря на возникающие трудности. При этом собственные неудобства и наносимые окружающим обиды не принимаются в расчет.

По мнению П. Лейстер, основные защитные механизмы личности имеют как преимущества, так и недостатки, о чем важно информировать клиента в процессе психологического консультирования для формирования у него осознанного или неосознанного отношения к психологическим проблемам, связанным с жизненными сложностями или внугриличностным конфликтам (таблица 22).

Усвоение индивидом знаний о механизмах психологической защиты способно сформировать новый взгляд на собственную психику, закономерности и особенности психического реагирования в стрессовых ситуациях; изменить эти представления, если они оказываются неприемлемыми после соответствующего анализа. Таким образом, в процессе консультирования и получения информации о методах психологической защиты сам человек сможет выбрать из предлагаемых вариантов подходящие ему. При консультировании не происходит навязывание клиенту или пациенту единственно верного пути решения межличностных или внутриличностных проблем, а дается многовариантный обзор возможного поведения. В отличие от психокоррекции и психотерапии, выбор способа разрешения проблем или личностной трансформации остается за индивидом.

Психологическое консультирование используется при любых психологических проблемам человека как начальный этап терапии и «реконструкции личности». Нередко его использование сочетается с применением психокоррекции и психотерапии. Специфической мишенью консультирования являются психологические феномены, обусловленные кризисами идентичности и иными мировоззренческими проблемами, а также коммуникационные нарушения. В сфере анализа и оценки мировоззренческих кризисов, экзистенциальных проблем применение психокоррекции или психотерапии считается необоснованным и малоэффективным. Единственной возможностью оказать действенную психологическую помощь человеку в период экзистенциального кризиса, не сопровождающегося выраженными психопатологическими проявлениями, является использование психологического консультирования — совместный (клиента и психо-

Таблица 22 **Преимущества и недостатки методов психологической защиты**

Преимущества	**Недостатки**
Рационализация	
Подыскивается обоснования своих действий, скрывающие истинные мотивы. Она служит сохранению. Самоуважения и самоутверждения против внешней критики	Деловое и конструктивное обсуждение проблемы устраняется, человек сам создает себе препятствие, чтобы с точки зрения других людей выглядеть лучше
Проекция	
Можно «не видеть бревна и в собственном глазу» и критиковать его «в глазу другого». Можно бороться с собственными ошибками, ничего не делая	Затрудняется самопознание и созревание личности. Невозможно объективное восприятие внешнего мира. Проекция с трудом различима личностью, это

с самим собой	лишает ее реалистичности
Вытеснение	
Неисполнимые желания и неприемлемые представления вытесняются из сознания ради спокойствия, что приносит моментальное освобождение	Вытеснение требует энергии для его поддержания. Проблема не решается, она остается, и это становится угрозой психическому здоровью
Идентификация	
Благодаря интроекции происходит формирование Сверх-Я, перенимаются нормы, приносящие освобождение от конфликтов	Контролер (Сверх-Я) становится внутренним тираном. Человек становится рабом интроециро-ванных норм и поэтому несвободным. Через идентификацию с агрессором и авторитетом дальше распространяется принцип: что мне делают, то делаю другим я.
Сублимация	
Энергия напряжения полностью отреагируется в социально полезной деятельности: творчестве, спорте и др.	Упускаются причины напряжения. Сублимированное напряжение не исчезает, поэтому возникает более или менее осознанное состояние фрустрации
Образование реакций	
Маскировка уже имевшихся чувств, уменьшение напряжения за счет новых видов взаимодействия	Образование реакций приводит ко лжи, которая затягивает и самого человека и окружающих его людей

Преимущества	**Недостатки**
Бегство	
Человек избегает критики и благодаря этому фрустрации	Позиция наблюдателя уменьшает продуктивность и активность человека, **в** будущем возникают проблемы с саморегуляцией
Оглушение	
Благодаря алкоголю или наркотическому веществу устраняются конфликты, фрустрации, страхи, вина, достигается ощущение силы. Это спасение от пугающей действительности	Зависимость от алкоголя и наркотиков. Изменение органических структур, болезнь
Экранированность	

Отгораживание от психических нагрузок, депрессивных настроений, страхов, беспокойства происходит в короткий срок. Возникает преходящее чувство покоя, стабильности, расслабления, уравновешенности и как следствие — удовлетворительное временное освобождение	Симптомы исчезают без устранения причин. Это приводит к накоплению отрицательных переживаний
Толкование бессилием	
«Я ничего не могу сделать — таковы обстоятельства» — таким образом человек избегает решения проблем	Психологические проблемы не устраняются, а распространяются дальше. Появляется опасность манипуляций
Разыгрывание ролей	
Маска роли приносит безопасность. Потребность в безопасности сильнее, чем блокированная свобода самовыражения индивидуальности	Неспособность найти себя за надетой, запрограммированной маской
Окаменение, притупление чувств	
Деловая маска, картина полной безэмоциональности и психической невозмутимости. Панцирь на чувствах не позволяет им проявляться вовне и попасть вовнутрь. Человек ориентируется на поведение автомата	Межличностные контакты обедняются, подавленные чувства ложатся грузом на органы и мышцы. Кто не позволяет себе быть эмоциональным, то становится больным телесно и психически

лога) поиск истины, рассмотрение философских вопросов бытия, жизни и смерти с различных позиций и точек зрения, а также эмоциональная поддержка человека. При этом следует учитывать, что выбор способа действия в таких условиях остается за индивидом.

Классическим примером столкновения различных видов психологического воздействия являются суицидальные намерения индивида, обусловленные межличностным или внутриличностным конфликтами. После исключения психопатологических (неосознанных или болезненных) мотивов стремления человека к совершению суицида клинический психолог, как правило, может выбрать три известных пути психологического воздействия на человека: «путь консультирования», «путь психокоррекции» и «психотерапевтический путь». Его выбор будет основываться, в первую очередь, на теоретических предпочтениях и понимании механизмов суицидального поведения, тогда как индивидуально-психологические особенности потенциального суицидента могут вообще не рассматриваться. В силу теоретических (мировоззренческих и профессиональных) воззрений психолог может выбрать либо консультирование с использованием совместного обсуждения экзистенциальных вопросов и переноса ответственности за принятие решения на самого клиента; либо психокоррекцию, в условиях которой станет заниматься тренингом, направленным на поддержание нацеленности насохранение жизни с помощью системы искоренения «неправильного мировоззренческого настроя» на смерть; либо психотерапию, при которой будет рассматривать суицидальные мысли и намерения как патологию, требующую купирования, к примеру, суггестией.

Мишенью для психологического консультирования являются также межличностные конфликты: развод, измена, увольнение, наказание и другие, которые рассматриваются индивидом сквозь призму мировоззренческих и нравственных проблем. Внешние психо-травмирующие события трактуются человеком как безнравственные и вызывают к жизни принципиальные

вопросы бытия — справедливости, верности, доверия и др. Следовательно, и в этих случаях наиболее адекватным следует признать применение психологического консультирования и отдать ему предпочтение по сравнению с другими методами психологического воздействия. Сходный процесс происходит и при появлении у человека соматического заболевания. Он также требует не коррекции или терапии, но, в первую очередь, консультирования.

Наиболее известными методиками, которые относятся к способам психологического консультирования, являются **рациональная**

-482-

психотерапия (P.Dubois), логотерапия (V. Frankl), психология самореализации (A.Maslow), позитивная психотерапия (N.Peseschldan), когнитивная терапия (A.Веск), рационалъно-эмотивная психотерапия (A.Ellis) и психотерапия «здравым смыслом». Несмотря на то, что в названии методик присутствует термин психотерапия, фактически данные методики следует признать консультативными. Это связано, во-первых, с тем, что психологическая помощь оказывается посредством влияния на мировоззрение; во-вторых, потому, что основным методом является метод информирования клиента и в-третьих, из-за «терапевтической мишени», которой в данном случае является мировоззрение и миропонимание человека и вторично психологические проблемы и невротические симптомы. К отечественным методикам, которые также следует причислить к консультативным, в первую очередь, относится т.н. патогенетическая психотерапия, основанная на теории отношений личности **В.Н.Мясищева.** Основной задачей *патогенетической психотерапии* является информирование пациента или клиента с целью:

- осознания мотивов своего поведения, особенностей своих отношений, эмоциональных и поведенческих реакций
- осознания неконструктивного характера ряда своих отношений, эмоциональных и поведенческих стереотипов
- осознания связи между различными психогенными факторами и невротическими (психосоматическими) расстройствами
- осознания меры своего участия и ответственности в возникновении конфликтных и психотравмирующих ситуаций
- осознания более глубоких причин своих переживаний и способов реагирования, коренящихся в детстве, а также условия формирования своей системы отношений
- научения понимания и вербализации своих чувств .
- обучения саморегуляции

Патогенетическая психотерапия осуществляется в четыре этапа. На первом происходит преодоление неправильных представлений пациента о его болезни; на втором — осознание психологических причин и механизмов болезни; на третьем — решение конфликта и на четвертом — реконструкция системы отношений личности.

Логотерапия относится к гуманистическому направлению психотерапии в широком понимании термина и ставит своей целью терапию ноогенных неврозов с помощью приобретения утраченного человеком в силу каких-то причин смысла жизни. Механизм развития психологических проблем и невротических симптомов ус-

-483-

матривается в нравственных исканиях человека, конфликте совести и, в целом, в «экзистенциальном кризисе». Задачей логотерапии становится восстановление или приобретение человеком потерянной духовности, свободы и ответственности, исходя из известной позиции А. Эйнштейна, выраженной в следующих словах: «Человек, считающий свою жизнь бессмысленной, не только несчастлив, он вообще едва ли пригоден для жизни». V.Frankl считал, что вернуть утраченный смысл возможно с помощью метода убеждения. Убеждение использует систему логических обоснований уникальности ценностей (смысла) жизни при абсолютной ценности трансцен-денции — сущности существования. Основой логотерапии становится исцеление души с

помощью формирования осмысленного стремления к смыслу и даже к конечному смыслу (сверхсмыслу) в противовес стремлению к наслаждению или власти.

В рамках *психологии самореализации* упор делается на выработку психологической стратегии максимально использовать в жизни собственный личностный потенциал, который включает:

1. Внутреннюю природу человека, его индивидуальную самость в виде основных потребностей, способностей, индивидуально-психологических особенностей.

2. Потенциальные возможности, а не реальные окончательные состояния, реализация которых детерминирована экстрапсихическими факторами (цивилизацией, семьей, окружением, образованием и т.п.).

3. Аутентичность — способность познать истинные собственные потребности и возможности.

4. Способность принимать себя.

5. Потребность в любви.

A.Maslow признавал, что у индивида существуют ценности бытия (Б-ценности) и ценности, формирующиеся по принципу ликвидации дефицита (Д-ценности). К ценностям бытия относятся такие, как: 1) целостность — единство, интеграция, стремление к однородности, взаимосвязанность; *2)* совершенство — необходимость, естественность, уместность; 3) завершенность — конечность; 4) справедливость — законность, долженствование; 5) жизненность — спонтанность, саморегуляция; 6) полнота — дифференцированность, сложность; 7) простота — искренность, сущностность; 8) красота — правильность; 9) праведность — правота, желанность; 10) уникальность — неповторимость, индивидуальность, не-сравненность; П) непринужденность — легкость, отсутствие на-

пряженности изящество; 12) игра — веселье, радость, удовольствие; 13) истинность — честность, реальность; 14) самодостаточность — автономность, независимость, умение быть самим собой без участия других людей.

Позитивная психотерапия исходит из принципа обладания человеком способностей к саморазвитию и гармоничности. Основными целями позитивной психотерапии являются:

- изменение представлений человека о себе, своих актуальных и базисных способностях
- познания традиционных для него, его семьи и культуры механизмов переработки конфликтов
- расширение целей его жизни, выявление резервов и новых возможностей для преодоления конфликтных ситуаций и болезней

Для этих целей используется транскультуральный подход к оценке тех или иных психологических феноменов и болезненных симптомов. Суть его заключается в предоставлении клиенту или пациенту информации об отношении к сходному с имеющимися у него психологическим проявлениям, симптомам, проблемам или болезням в иных культурах. К примеру, при патологической эмоциональной реакции индивида на выявляемую у него аллопецию (облысение) ему приводят пример отношения к облысению в некоторые африканских племенах, где эталоном красоты считается не густая шевелюра, а лысая голоса. Транскультуральные сравнения направлены на выработку у клиента понимания относительности жизненных ценностей. Еще одним способом в позитивной психотерапии является позитивная интерпретация любых проблем и симптомов (например, импотенция трактуется как способность избегать конфликтов в сексуальной сфере, фригидность — как способность телом сказать «нет», анорексия — как способность обходиться минимумом пищи и т.д.).

Особое внимание в позитивной психотерапии уделяется формированию личностной и характерологической гармоничности с помощью предоставления информации о традиционных транскульту-ральных способах переработки конфликтов и формирования ценностей (см. главу 4).

Когнитивная терапия рассматривает механизмы возникновения различных эмоциональных феноменов в связи с имеющимися у пациента отклонениями в оценке реальной действительности в виде «систематических предубеждений». Считается, что эмоциональные

-485-

расстройства возникают из-за «когнитивной уязвимости» — предрасположенности к стрессу в силу использования при анализе внешних событий жестоко заданных иррациональных заблуждений («когнитивных искажений»). Среди них выделяются:

- сверхгенерализация (неоправданное обобщение на основании единичного случая)
- катастрофизация (преувеличение последствий каких-либо событий)
- произвольность умозаключений (бездоказательность и противоречивость при вынесении умозаключений)
- персонализация (склонность интерпретировать события в контексте личных значений)
- дихотомичность мышления (склонность к использованию в мышлении крайностей)
- выборочность абстрагирования (концептуализация ситуации на основе детали, извлеченной из контекста).

Целью когнитивной терапии является исправление ошибочной переработки информации и модификация убеждений в сторону ее рационализации и выработки жизненной стратегии здравого смысла.

Близкой по смыслу к когнитивной терапии считается *рационально-эмотивная терапия*, нацеливающаяся на искоренение когнитивных искажений и т.н. «иррациональных установок и мыслей». A.Ellis описал двенадцать основных иррациональных идей, которые в процессе консультирования должны быть исправлены:

1. Для взрослого человека совершенно необходимо, чтобы каждый его шаг был привлекателен для окружающих.
2. Есть поступки порочные, скверные. И повинных в них следует строго наказывать.
3. Это катастрофа, когда все идет не так, как хотелось бы.
4. Все беды навязаны нам извне — людьми или обстоятельствами.
5. Если что-то пугает или вызывает опасение — постоянно будь начеку.
6. Легче избегать ответственности и трудностей, чем их преодолевать.
7. Каждый нуждается в чем-то более сильном и значительном, чем то, что он ощущает в себе.
8. Нужно быть во всех отношениях компетентным, адекватным, разумным и успешным.
9. То, что сильно повлияло на вашу жизнь один раз, всегда будет влиять на нее.

-486-

10. На наше благополучие влияют поступки других людей, поэтому надо сделать все, чтобы эти люди изменялись в желаемом для нас направлении.
11. Плыть по течению и ничего не предпринимать — вот путь к счастью.
12. Мы не властны над своими эмоциями и не можем не испытывать их.

В соответствии с принципами рационально-эмотивной терапии со стороны клиента или пациента должен произойти «отказ от требований» к действительности и самому себе, основанных на иррациональных идеях (установках), которые делятся на четыре группы: *установки долженствования* («люди должны быть честными», «супруг должен быть верным»); *катастрофические установки* («все ужасно и непоправимо»); *установка обязательной реализации своих потребностей* («я должен быть счастилив»); *оценочная установка.* Основным способом терапии является сократовский диалог — когнитивный диспут с использованием законов логики.

На логическом переубеждении клиента или пациента основан также метод *рациональной психотерапии,* направленный на обучение человека правильному мышлению, избегание логических ошибок и заблуждений с целью предотвращения появления невротических симптомов.

Психотерапия «здравым смыслом» включает в себя, наряду с элементами рациональной психотерапии, т.е. переубеждения человека на основании логической аргументации и формирования правильного мышления, основанного на определенности, последовательности и доказательности, становление многовариантного способа осмысления действительности. Ой противопоставляется одновариант-ному (ригидному), являющемуся частью Патологического мыслительного паттерна при т.н. каузальной атрибуции. Базой личностной позиции при психотерапии «здравым смыслом» считается **«антици-пационная состоятельность»** (В. Д.Менделевич) — способность человека предвосхищать ход событий, строить процесс прогнозирования на многовариантной гибкой основе, используя прошлый жизненный опыт. Считается, что гармоничные характерологические черты и свойства личности, а также неврозоустойчивость способны формироваться лишь в случае использования таких принципов, как: а) *отказа от претензий* («мне никто ничего не должен»); б) *отказа от однозначности* (при истолкований происходящих событий — «это может значить все, что угодно»); в) *отказа от фатальности* (при

-487-

истолковании будущих событий — «все возможно»); г) *выработки стратегии «антиципирующего совладания» и «предвосхищающей печали» взамен «предвосхищающей радости».*

Психологическая коррекция

Целями применения психологической коррекции (психокоррекции) является оптимизация, исправление и приведение в норму каких-либо психических функций человека, отклонений от оптимального уровня его индивидуально-психологических особенностей и способностей. Выделяется пять видов стратегий психокоррекции (Ю.С.Шевченко):

1. Психокоррекция отдельных психических функций и компонентов психики (внимание, память, конструктивное и вербальное мышление, фонематическое восприятие, ручная умелость, познавательная деятельность и т.д.), либо коррекция личности.
2. Директивная или недирективная стратегия психокоррекционного воздействия.
3. Коррекция, направленная на индивида или сконцентрированная на семье.
4. Психокоррекция в форме индивидуальных или групповых занятий.
5. Психокоррекция как компонент клинической психотерапии в комплексном лечении нервно-психических заболеваний, либо как основной и ведущий метод психологического воздействия на человека с отклонениями в поведении и социальной адаптации.

В отличие от психологического консультирования при психокоррекции роль клиента или пациента оказывается не столь активной и даже чаще пассивной. Коррекция подразумевает выработку новых психологически адекватных и выгодных навыков в процессе специально разработанных тренинговых программ. Активность клиента или пациента заключается лишь в желании измениться, но отнюдь не в экзистенциальной работе над собой. Человек готов «вручить себя» клиническому психологу или психотерапевту для того, чтобы тот восполнил имеющиеся недостатки, исправил отклонения, привил новые умения и навыки. Даже, если речь идет о психокоррекции личностных или характерологических свойств, то имеется ввиду, что основным способом изменений и психологической помощи дол-

-488-

жен быть процесс научения эффективному принятию себя и реальности, а не философское осмысление своего места в мире, своих возможностей и способностей.

Психокоррекция в отличие от психологического консультирования использует в качестве основных методов *манипулирование, формирование и управление* человеком, имея четкие представления об искомом состоянии, уровне развития психических функций или индивидуально-личностных качеств. Заданными оказываются эталоны и идеалы. Человек выступает в роли материала, из которого «лепится» оптимальный для него или идеальный для общества образ. Ответственность за психологические изменения ложится исключительно на психолога. Классическим является спектр манипулятивных методик: от советов Карнеги до нейролингвистического программирования и разнообразных тренингов (женского обаяния, личностного роста, сексуальный тренинг и пр.).

В клинической психологии психокоррекция используется при выявляемых у клиента психологических проблемах, возникающих в связи с характерологическими девиациями и личностными аномалиями, а также при невротических психосоматических расстройствах. Выработка оптимальных навыков происходит в процессе тренингов, среди которых наиболее известными являются: **аутотренинг, поведенческая (бихевноральная) терапия, нейролингвистнческое программирование, психодрама, трансакгный анализ (E.Bern).**

Аутогенная тренировка (аутотренинг) является методикой, направленной на овладение навыками психической саморегуляции с помощью релаксационных способов. Под релаксацией (расслаблением) понимается состояние бодрствования, характеризующееся пониженной психофизиологической активностью, ощущаемое либо во всем организме, либо в любой его системе. В клинической психологии, особенно при психосоматических расстройствах и заболеваниях используются такие разновидности как собственно аутогенная тренировка с т.н. нервно-мышечной релаксацией и методика биологически обратной связи.

При *прогрессивной мышечной релаксации* происходит обучение человека контролированию состояния мышц и вызыванию релаксации (расслабления) в определенных группах мышц с целью снятия вторичного эмоционального напряжения. Аутогенная **тренировка** проводится в несколько этапов, направленным на освоение **упражнений по ослаблению нервно-мышечного напряжения к конкретной мышце или группе мышц, с последующим становлением «привычки отдыхать».**

-489-

Методика биологически обратной связи построена по принципу условно-рефлекторного закрепления навыка изменять свое соматическое состояние при контролировании его с помощью различных приборов (рисунок 26).

В процессе тренинга пациент самостоятельно контролирует с помощью прибора биологическое функционирование его организма (от скорости протекания элементарных биохимических реакций до сложных видов деятельности) и обучается изменять его, применяя различные способы саморегуляции. Выделяют следующие типы биологической обратной связи (А.А. Александров):

- электромиографическая биообратная связь
- температурная биообратная связь
- электрокожная биообратная связь
- электроэнцефалографическая биообратная связь

При электромиографической биообратной связи происходит научение процессу расслабления конкретной мышцы или групп мышц, а также общей релаксации. Методика температурной биологической обратной связи позволяет обрести навыки расширения и сужения **периферических** сосудов, что **приводит** к **изменению температуры конечностей и тела. Электрокожная биообратная связь дает возможность научиться контролировать кожно-гальванические реакции, влияя на симпатическую нервную активность. При электроэнцефалографической биообратной связи происходит формирование навы-**

-490-

ков изменения биоэлектрической активности головного мозга при помощи изменения соотношения волн различной частоты и, в первую очередь, увеличения альфа-активности для снижения уровня возбудимости и успокоения.

Поведенческая психотерапия изобилует методиками, основанными на выработке условно-рефлекторной деятельности с целью купирования психопатологической симптоматики или навыков адекватных привычек взамен неадекватным, невротическим. Наиболее известными методиками являются методики «систематической десенсибилизации» и «парадоксальной интенции», применяемые для лечения навязчивых страхов. При *«систематической десенсибилизации»* происходит погружение человека в ситуацию, вызывающую страх (воображаемое или реальное) с формированием новой адекватной реакции на ситуацию и затуханием старой болезненной. Методика, называемая *«парадоксальной интенцией»,* направлена на изменение отношения пациента к фобиями за счет «переворачивания» этого отношения и доведения ситуации до абсурда (при эрейтофо-бии, страхе покраснеть научение настроить себя так: «Ну, покажи-ка всем, как ты умеешь краснеть. Пусть все увидят, как это тебе удается»). Задача парадоксальной интенции — лишить эмоционально негативного подкрепления страхов, заменив их на иронию и юмор.

Нейролингвистическое программирование представляет собой систему психологических манипуляций на основании изучения лингвистической мета-модели человека, суть которой заключена в признании шаблонности для каждой группы людей или одного человека лингвистической системы познания мира и самого себя, выражения чувств и решения проблем. Для этого в нейролингвистичес-ком программировании (НЛП) существует понятие модальности — наиболее типичном и характерном для индивида способе восприятия и отражения окружающей реальности. Выделяют три разновидности модальности: визуальная, аудиальная и кинестетическая. После выявления доминирующей модальности человека предполагается коррекция его поведения, которая может самим человеком осознаваться или не осознаваться. В первом случае можно говорить об управлении индивидом, во втором — о манипулировании им с помощью вербальных и невербальных методов. Целью программирования является выработка определенной стратегии поведении, желательной для человека или окружения.

В рамках нейролингвистического программирования используется несколько техник: «якорение», «взмах», «взрыв», «метафора».

-491-

Основным же считается «рефрейминг» — переформирование личности, придание ей новой заданной формы. В основе рефрейминга лежат следующие базовые положения нейролингвистического программирования:

1. Любой симптом, любая реакция, либо поведение человека изначально носят защитный характер и поэтому полезны; вредными они считаются только тогда, когда используются в несоответствующем контексте;

2. У каждого человека существует своя субъективная модель мира, которую можно изменить;

3. Каждый человек обладает скрытыми ресурсами, позволяющими изменить и субъективное восприятие, и субъективный опыт, и субъективную модель мира.

Рефрейминг осуществляется чаще всего в шесть этапов. На первом определяется симптом; на втором пациенту предлагается произвести своеобразное расщепление себя на части (здоровую и патологическую, представленную симптомом) и вступить в контакт с частью, отвечающей за формированием и проявление симптома, и осмыслить механизм его возникновения; на третьем — производится отделение симптома от первоначального мотив (намерение); на четвертом — обнаружение новой части, способной удовлетворить это намерение иными путями с «постановкой якоря» (ассоциативной связи между событиями или мыслями); на пятом и шестом — формирование согласия всего Я на новую связь.

В процессе *психодрамы* происходит разыгрывание человеком ролей с целью изучения внутреннего мира и выработки навыков оптимального социального поведения. Как правило, психодрама используется при наличии у индивида характерологических девиаций и «комплекса

неполноценности». Человек в процессе игровой деятельности усваивает стереотипы поведения в различных жизненных ситуациях, апробирует их, выбирает наиболее подходящие ему и тем самым преодолевает коммуникационные проблемы.

Трансактный анализ рассматривает личность человека как совокупность трех состояний «Я», условно названных Родитель, Взрослый и Ребенок. Сутью их является генетически запрограммированный паттерн поведения и проявления эмоциональных реакций. Ребенок проявляет себя инфантильными чертами характера и отношения к реальности, Взрослый — признаками зрелой психической деятельности, а Родитель характеризуется наличием нормативных и оценивающих стереотипов поведения. Психологическое взаимодей-

-492-

ствие, с точки зрения E.Bern, происходит в виде диадного контакта (трансакции) при использовании тех или иных ролей. Основная цель трансактного анализа состоит в том, чтобы дать понять индивиду особенности его взаимодействия с окружающими с помощью соответствующей терминологии и обучить его нормативному и оптимальному поведению.

Психотерапия

Психотерапия — это один из видов оказания психологической помощи и психологического воздействия на пациента с целью купирования психопатологической (в первую очередь, невротической и психосоматической) симптоматики. Как было показано выше, психотерапия относится к сфере медицинской деятельности, поскольку: а) сочетает в себе психологические и общемедицинские знания в отношении показаний и противопоказаний; б) накладывает на психотерапевта ответственность (в том числе, уголовную) за ненадлежащее или несоответствующее (неквалифицированное) использование методов и способов психотерапии.

Традиционно выделяют три подхода при проведении психотерапии: *психодинамический, поведенческий (бихевиоральный) и феноменологический:* Их различия представлены в таблице 23 (N.Karasu).

Целью психотерапии в узком понимании термина становится исцеление пациента от психопатологической симптоматики в рамках невротических, характерологических (личностных) или психосоматических расстройств. Выбор конкретной психотерапевтической методики зависит от ряда объективных и субъективных факторов. Среди объективных выделяется:

- характер психопатологического симптома (синдрома)
- этиопатогенез психических расстройств
- индивидуально-психологические особенности пациента

Среди субъективные параметров важное значение придается: а) индивидуально-психологическим особенностям психотерапевта; б) широте его психотерапевтических знаний и навыков; в) ситуационным моментам (наличие времени и соответствующего места для проведения психотерапевтического сеанса).

Ориентация на выделенные клинические параметры обосновывается эффективностью тех или иных методик, практикуемых теми или иными психотерапевтами при определенных психических состояниях и процессах пациента.

-493-

Таблица 23

Различия психотерапевтических подходов

Основные тематические параметры	**Динамический** подход	**Поведенческий подход**	**Феноменологический подход**

Природа человека	Движется сексуальными и агрессивными инстинктами	Продукт социального научения и обусловливания; ведет себя на основании прошлого опыта	Имеет свободную волю и способность к самоопределению и самоактуализации
Основная проблема	Сексуальное подавление	Тревога	Психическое отчуждение
Концепция патологии	Конфликты в сфере инстинктов: бессознательные ранние либидозные влечения	Приобретенные стереотипы поведения	Экзистенциальное отчуждение: утрата возможностей, расщепление "Я", рассогласование между мыслями, чувствами и поведением (потеря аутентичности)
Концепция здоровья	Разрешение интрапсихиче-ских конфликтов: победа "Эго" над "Ид", т.е. сила "Эго"	Устранение симптомов: отсутствие специфического симптома или снижение тревоги	Актуализация личностного потенциала: рость "Я", аутентичность и спонтанность
Вид изменения	Глубинный инсайт: понимание раннего прошлого	Прямое научение: поведение в текущем настоящем, т.е. действие или действие в воображении	Непосредственное переживание: ощущение или чувство в данный момент
Временной подход и "фокус"	Исторический: субъективное прошлое	Неисторический: объективное настоящее	Отсутствие историзма: феноменологический момент ("здесь-и-сейчас")

Продолжение таблицы 23

Основные тематические параметры	**Динамический** подход	**Поведенческий** подход	**Феноменологический подход**

Задачи терапевта	Понять бессознательное психическое содержание и его историческое, скрытое значение	Программировать, подкреплять, подавлять или формировать специфические поведенческие реакции для устранения тревоги	Взаимодействовать в атмосфере взаимного принятия, способствующей самовыражению (от физического до душевного)
Основные техники	Интерпретация. Материал: свободные ассоциации, сновидения, обыденное поведение, перенос и сопротивление	Обусловливание систематическая десенсибилизация, позитивное и негативное под--крепление, моделирование	"Энкаунтер" ("встреча"): равное участие в диалоге, эксперименты или игры, драматизация или разыгрывание чувств
Роль терапевта	Нейтральная. Помогает пациенту исследовать значение свободных ассоциаций и другого материала из бессознательного	Учитель (тренер). Помогает пациенту заменять дезадап-тивное поведение на адаптивное. Активный, ориентированный на действие	Фасилитатор (ускоритель) роста личности
Характер связи между терапевтом и пациентом	Трансферентная и первостепенная для лечения: нереальные взаимоотношения	Реальная, но второстепенная для лечения: взаимоотношения отсутствуют	**Реальная и первостепенная для лечения, реальные взаимоотношения**
Лечебная модель	Медицинская: врач-пациент. Авторитарная. Терапевтический союз	Образовательная преподаватель-ученик. Авторитарная. Учебный союз	Экзистенциальная: общение двух равных людей. Эгалитарная (равноправная). Человеческий союз

Наиболее известными и распространенными психотерапевтическими методами являются: супротивные (гипноз и иные формы внушения), психоаналитические (психодинамические), поведенческие, феноменологически-гуманистическне (к примеру, гештальт-терапия), используемые в индивидуальной, коллективной и групповой формах.

Под *суггестивными методами* понимаются разнообразные психологические воздействия с помощью прямого или косвенного внушения, т.е. вербального или невербального влияния на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям. Нередко внушение сопровождается изменением сознания пациента, создания специфического настроя к восприятию информации со стороны психотерапевта. Оказание суггестивного воздействия подразумевает наличие у человека особых качеств психической деятельности: внушаемости и гипнабельности. *Внушаемость* — это способность некритично (без

участия воли) воспринимать получаемую информацию и легко поддаваться убеждению в сочетании с признаки повышенной доверчивости, наивности и иных черт инфантилизма. *Гипнабельность* — это психофизиологическая способность (восприимчивость) легко и беспрепятственно входить в гипнотическое состояние, поддаваться гипнозу, т.е. изменять уровень сознания с формированием переходных между сном и бодрствованием состояний.

Выделяет три стадии гипноза: летаргическую, каталептическую и сомнамбулическую. При первой у человека возникает сонливость, при второй — признаки каталепсии — восковая гибкость, ступор (обездвиженность), мугизм, при третьей — полная отрешенность от реальности, снохождения и внушенные образы. Применение гипнотерапии является обоснованным при истерических невротических, диссоциативных (конверсионных) расстройогвах и истерических личностных расстройствах.

Внушение, используемое в виде гетеросуггестии (внушения, производимого другим лицом) и аутосуггестии (самовнушения), направлено на снятие эмоциональных невротических симптомов, нормализацию психического состояния человека в кризисные периоды, после воздействия психических травм и как способ психопрофилактики. Эффективно применение суггестивных методов психотерапии для снятия психологических дезадаптивных типов реагирования индивида на соматическое заболевание. Используют косвенные и прямые способы внушения. При косвенном прибегают к по-мощи добавочного раздражителя.

Психоаналитическая психотерапия исходит из бессознательного механизма формирования психопатологической симптоматики (не-

вротической, психосоматической) и вследствие этого направлена на перевод бессознательных влечений в сознание человека, их переработку и отреагирование. В классическом психоанализе выделяются такие психотерапевтические методики, как: *метод свободных ассоциаций, реакции переноса и сопротивления.* При применении метода свободных ассоциаций человек продуцирует поток мыслей, воспоминаний детства, не поддавая их анализу и критике, а психотерапевт-психоаналитик оценивает их, рассортировывая в зависимости от значимости, стараясь выявить вытесненные из сознания патогенные детские переживания. Затем от пациента требуется отреагирование (катарсис) значимых переживаний с целью избавления от их негативного влияния на психическую деятельность. Сходным образом происходит процесс терапии при анализе сновидений, ошибочных действий (описок и оговорок) человека, за которыми, как считается в психоанализе, стоит символическое обозначение симптомов и проблем в связи с вытеснением их из сознания.

Основным показанием для применения психоаналитической психотерапии является *анализируемость пациента* (феномен, сходный с гипнабельностью и внушаемостью в суггестивной психотерапии), зависящая от личностных особенностей пациента, в первую очередь, от интенсивности мотивации на длительный процесс терапии, а также от способности снять контроль над своими мыслями и чувствами и способности к идентификации с другими людьми. К противопоказаниям относят истерические личностные расстройства.

Поведенческая психотерапия описана в разделе психокоррекци-онных мероприятий, поскольку она не является в полной мере терапевтически направленной. Суть ее не купирование, т.е. лечение психопатологической симптоматики, внедрение в процесс этиопа-тогенеза заболевания, но научение и тренинг.

Когнитивную психотерапию справедливее отнести к методам консультирования, чем к терапии. Это связано с формированием личностной позиции в большей степени с помощью методов диалога и партнерства между пациентом (клиентом) и терапевтом.

Из феноменологически-гуманистического направления психотерапии, также близкого к психологическому консультированию, наиболее технически разработанной является *гештальт-терапия.* К основным методикам гешальт-терапии относятся: упражнения, направленные на расширение осознания с использованием принципа «здесь и теперь»; формирование завершенных гештальтов с помощью интеграции противоположностей; работа с мечтами и др.

Парапсихология и экстрасенсорное целительство

Парапсихологическое направление оказания психологической или медицинской помощи человеку исходит из убежденности в существовании «сверхъестественных» феноменов и процессов, вызывающих те или иные болезненные патологические проявления на уровне соматики или психики. Основой парапсихологических воззрений становятся остающиеся нераспознанными феномены психической деятельности человека, которые трактуются как *экстрасенсорные, биоэнергетические.* По мнению А.П.Дуброва и В.Н.Пушкина, *биогравитация* — это способность человека создавать, излучать и воспринимать определенный вид физического поля, имеющего специфическую квантово-импульсную природу, сходную с гравитацией, и в то же время имеющие свои «особые черты».

Все обоснования существования биоэнергетики в настоящее время носят гипотетический характер и поэтому могут рассматривать лишь как одна из версий возможной трактовки происходящих в человеке психических и психосоматических процессов и не могут приниматься за факты. К сожалению, представители парапсихологии и экстрасенсорики не принимают во внимание принципиально важное научное мировоззрение и способ доказательства чего бы то ни было в сфере познания. Они настаивают и в этом вопросе на привлечении к анализу ненаучных методов и способов анализа действительности.

Известным научным принципом является *принцип «презумпции доказанности»* (П.В.Симонов), под которым понимается отсутствие необходимости доказывать те факты, которые уже нашли научное обосновании в прошлом при появлении новых гипотез их объяснения. Процесс научного познания требует получение неопровержимых фактов и доказательств чего-либо нового и одновременного опровержения тех оснований, с помощью которых объяснялись те же процессы и состояния ранее. К примеру, в случае с т.н. «энергетическим вампиризмом», объясняемым в психологии как психотерапевтический эффект вербальной или невербальной информации и формированием соответствующей установки, требуются научные доказательства экстрасенсорного механизма «вампиризма» и опровержение психотерапевтического, а не наоборот. Существование принципа «презумпции доказанности» объясняется эволюционным характером развития научной мысли.

Для клинической психологии существенное значение имеют два феномена из области парапсихологии: *«кожное зрение» и экстрасенсорное целительство.* Под «кожным зрением» понимают новый нетрадиционный вид н способ фоторецепции при распознавании па-

тологических состояний и заболеваний человека. Экстрасенс убежден, что способен производить диагностику отклонений функционирования внутренних органов другого человека на основании т.н. «кожного зрения», воспринимая форму, цвет и температуру поврежденного органа. Исследования, производимые с экстрасенсами, доказали, что у них фактически с помощью тренировки и иных способов повышен порог кожной чувствительности и не существует каких бы то ни было сверхъестественных способностей. То же относится к т.н. экстрасенсорному целительству, под которым понимают воздействие (чаще дистанционное) на организм и психику человека с помощью разнообразных манипуляций или вербального влияния. С точки зрения науки, экстрасенсорное целительство является психотерапией, использующей механизмы суггестии (внушения или гипноза).

Основные различия между психотерапией в широком понимании термина — психологического воздействия вербальной или невербальной информацией и вызыванием у человека в связи с этим определенных психических состояний — и экстрасенсорным целительством представлены в таблице 24.

Таблица 24 Различия психотерапии и экстрасенсорного целительства

Параметры	Экстрасенсорное целительство	Психотерапия

Диагностический процесс	Отсутствует, считается ненужным	Присутствует, считается обязательным
Ориентация на показания и противопоказания	Отсутствует	Присутствует
Терапевтический подход	Типизированный	Индивидуализирован
Оценка эффективности	Субъективная	Объективная
Роль клиента (пациента)	Пассивная	Чаще активная
Ответственность терапевта	Отсутствует	Присутствует
Формирование личностной позиции	Мистического, мифологического осмысления действительности	Научного мировоззрения

Таким образом, можно утверждать, что различия между экстрасенсорным целительством и психотерапией кардинальны и принципиальны. Они отражают различия в подходах к осмыслению реальности: научный и мифологический. При этом интерес и тяга пациентов к нетрадиционному целитсльству вполне объяснима. «Разрыв между возможностями аллопатии и потребностями в ней — величина пока еще постоянная, и если так, не менее постоянно желание людей этот разрыв преодолеть, ...потому-то мы и обречены на контакт с разного рода неофициальными врачевателями, хотя и знаем заранее, что среди них непременно будут и настоящие, и мнимые, и гении, и невежды, которым тем не менее суждено заполнить вакуум» (В.Аграновский).

Многие медицинские сенсации лопались подобно мыльным пузырям, а их герои уличались в шарлатанстве. Однако назвать этих людей исключительно шарлатанами было бы несправедливо. Большинство из них истово верят в свои незаурядные и экстрасенсорные способности, например, в «целительные свойства своего биополя». На поверку оказывается, что свойства, на которые намекают экстрасенсы, достаточно банальны. Их основа — психотерапия, воздействие словом, посредством ритуала, антуража, а вовсе не биополем или никому не известными «флюидами».

Справедливости ради следует сказать, что не все феномены экстрасенсов можно объяснить с позиций сегодняшних научных знаний, в частности в области физики и биофизики. Однако подавляющее большинство их лечебных воздействий не только можно объяснить, но они уже давно не являются тайной и используются врачами-аллопатами, которые, впрочем, не претендуют на свою исключительность и сверхспособности.

Особое значение во врачевании экстрасенсов имеет антураж их лечения. С его помощью у зрителей-пациентов создается особый настрой с повышенной степенью внушаемости, который и способствует терапевтическому эффекту. Положение изгоев, непризнанных гениев, способствует усилению веры больных и страждущих в исцелителя, что оказывает тем неоценимую услугу. Если бы участковому врачу верили также, как верят экстрасенсу, результаты лечения больных у них были бы сравнимыми.

Пациент имеет право выбирать себе способ психологической помощи, однако делать этот выбор он должен осмыслено, принимая на себя ответственность за него. Задача клинического

психолога помочь пациенту разобраться в наборе методик оказания психологической помощи и постараться сформировать научного мировоззре-

ние и активную личностную позицию, позволяющую противостоять недугу и совместно со специалистом-медиком бороться за восстановление утраченного здоровья.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ:

Вопрос 1. К способам психологической помощи относятся все нижеперечисленные за исключением:

а) психологического консультирования

б) психологической коррекции

в) психологической защиты

г) психотерапии в узком смысле

д) психотерапии в широком смысле

Вопрос 2. Способ психологической помощи, при котором происходит формирование «личностной позиции» называется:

а) психологическим консультированием

б) психологической коррекцией

в) психологической защитой

г) психотерапией в узком смысле

д) психотерапией в широком смысле

Вопрос 3. В рамках психологической коррекции происходит формирование:

а) личностной позиции

б) навыков адаптивного поведения

в) неврозоустойчивости

г) фрустрационной толерантности

д) стрессоустойчивости

Вопрос 4. Психотические психопатологические симптомы и синдромы требуют использования:

а) психологического консультирования

б) психологической коррекции

в) психотерапии в узком смысле

г) психотерапии в широком смысле

д) ни один из ответов неверен

Вопрос 5. Изменение психической реальности человека в соответствии с целями и задачами кого-либо или чего-либо называется:

а) манипулированием

б) управлением

в) воздействием

г) психокоррекцией

д) формированием

- 501 -

Вопрос 6. Информирование клиента является существенным методом психологической помощи при:

а) психологическом консультировании

б) психологической коррекции

в) психотерапии в узком смысле

г) психотерапии в широком смысле

д) ни один из ответов неверен

Вопрос 7. При информировании возможны все нижеперечисленные методы фокусировки внимания клиента за исключением фокусировки на:

а) явных отклонениях функционирования организма и психики

б) всех имеющихся отклонениях

в) отклонениях, которые индивид способен осмыслить и изменить

г) всем спектре проявлений — и нормальных и аномальных

д) все ответы верны

Вопрос 8. К вариантам психологической защиты относят все нижеследующие за исключением:

а) рационализации

б) идентификации

в) псевдофрустрации

г) проекции

д) вытеснения

Вопрос 9. Перевод одного вида «энергии» (например, сексуальной) в другой с формированием замещающей деятельности называется:

а) вытеснением

б) сублимацией

в) проекцией

г) переносом

д) канализацией

Вопрос 10. Терапевтической **мишенью** для использования психологического консультирования являются:

а) экзистенциальные проблемы человека

б) психопатологические симптомы непсихотического регистра

в) психопатологические **симптомы** психотического **регистра**

г) психосоматические проблемы

д) все ответы верны

Вопрос 11. Автором т.н. «патогенетической психотерапии» является:

а) З.Фрейд

б) В.Франкл

в) В.Мясищев

г) Д.Узнадзе

д) никто из перечисленных

-502-

Вопрос 12. Исправление «иррациональных мыслей и идей» является основой:

а) логотерапии

б) экзистенциальной психотерапии

в) поведенческой психотерапии

г) рациональной психотерапии

д) рационально-эмотивной психотерапии

Вопрос 13. Логотерапия ~ это:

а) суггестивная психотерапия

б) психотерапия с помощью поиска утраченного смысла бытия

в) метод лечения заикания

г) метод коррекции речи

д) метод глубинного психоанализа

Вопрос 14. Психотерапия «здравым смыслом» использует принцип:

а) отказа от претензий

б) отказа от фатальности

в) отказа от однозначности

г) выработки стратегии «антиципирующего совладания»

д) все ответы верны

Вопрос 15. Методика, построенная по принципу условно-рефлекторного закрепления навыка изменять свое соматическое состояние при контролировании его с помощью различных приборов называется:

а) логотерапией

б) прогрессивной мышечной релаксацией

в) суггестией

г) антиципационным тренингом

д) биологически обратной связью

Вопрос 16. Выделяются все нижеследующие типы биологически обратной связи за исключением:

а) электромиографической биообратной связи

б) электрореографической биообратной связи

в) электроэнцефалографической биообратной связи

г) электрокожной биообратной связ

д) температурной биообратной связи

Вопрос 17. Методика, при которой происходит погружение человека в ситуацию (воображаемую или реальную), вызывающую страх с формированием новой адекватной реакции на ситуацию и затуханием старой болезненной, называется:

а) парадоксальной интенцией

б) парадоксальной коммуникацией

в) систематической десенсибилизацией

г) систематической сенсибилизацией

д) несистематической сенсибилизацией

-503-

Вопрос 18. Методика «якорения» используется в:

а) антиципационном тренинге

б) позитивной психотерапии

в) логотерапии

г) когнитивной психотерапии

д) нейролингвистическом программировании

Вопрос 19. Анализируемость пациента — это:

а) способ оценки внушаемости

б) способ оценки гипнабельности

в) способ оценки пригодности к гуманистической психотерапии

г) способ оценки пригодности к психоанализу

д) ни один из ответов неверен

Вопрос 20. Методика «кожного зрения» подразумевает:

а) диагностику с помощью биолокации

б) диагностику с помощью электромагнитных колебаний

в) диагностику с помощью нетрадиционного способа фоторецепции

г) диагностику с помощью измерения температуры кожных покровов

д) ни один из ответов неверен

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Г. С. Абрамова. Практическая психология. М., 1997, 368 с.

А. А. Александров. Современная психотерапия. М, 1998, 335 с.

Э.Берн. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. М., 1988, 400 с.

Б.Д. Карвасарский. Психотерапия. М., 1985, 304 с.

В.Т. Кондратенко, Д.И. Донской. Общая психотерапия. Минск, 1997, 464 с.

В.Д. Менделевия, Д.А. Авдеев, С.В.Киселев. Психотерапия «здравым смыслом», Чебоксары, 1992, 76 с.

Н. Пезешкиан. Психотерапия повседневной жизни. М., 1995, 336 с.

Ю. С. Шевченко. Психокоррекция: теория и практика. М., 1995,224 с.

С. Уолен, Р. ДиГусепп, Р. Уэсслер. Рационально-эмотивная психотерапия. М.» 1997, 257 с.

В. Франкл. Человек в поисках смысла, М., 1990, 368 с.

Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий. Семейная психотерапия. Л., 1990,192 с.

К.Юнг. Психологические типы. М., 1995,616 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ к теме: «ПСИХОЛОГИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ»

Опросник Стреляу

Предназначен для определения типов темперамента.

Инструкция: испытуемый должен отметить знаком «+» те утверждения, с которыми согласен, знаком «—» те, с которыми не согласен, знаком «+» при отсутствии твердого ответа.

1. Легко ли Вы сходитесь с людьми?
2. Способны ли Вы воздержаться от того или иного действия до момента, пока не получите соответствующие распоряжения?
3. Достаточно ли Вам непродолжительного отдыха для восстановления после утомительной работы?
4. Умеете ли Вы работать в неблагоприятных условиях?
5. Воздерживаетесь ли Вы во время спора от неделовых, эмоциональных аргументов?
6. Легко ли Вам втянуться в работу после длительного перерыва, например, после отпуска или каникул?
7. Забываете ли Вы об усталости, если работа Вас полностью поглощает?
8. Способны ли Вы, поручив кому-нибудь определенную работу, терпеливо ждать ее окончания?
9. Засыпаете ли Вы легко и одинаково, ложась спать в разное время суток?
10. Умеете ли Вы хранить тайну, если Вас об этом просят?
11. Легко ли Вам возвращаться к работе, который Вы не занимались несколько недель или месяцев?
12. Умеете ли Вы терпеливы объяснять?
13. Любите ли Вы работу, требующую умственного напряжения?
14. Вызывает ли у Вас монотонная работа скуку или сонливость?

15. Легко ли Вы засыпаете после сильных переживаний?
16. Способны ли Вы, когда требуется, воздерживаться от проявлений своего превосходства?
17. Ведете ли Вы себя естественно в присутствии незнакомых

людей?

18. Трудно ли Вам сдержать злость или раздражение?
19. В состоянии ли Вы владеть собой в тяжелые минуты?
20. Умеете ли Вы, если требуется, приспособить свое поведение к поведению окружающих?
21. Охотно ли Вы беретесь за ответственную работу?
22. Влияет ли обычно окружение на Ваше настроение?
23. Способны ли Вы переносить поражения?

24. Разговариваете ли Вы в присутствии кого-либо, чьим мнением особенно дорожите, столь же свободно, как обычно?

25. Вызывает ли у Вас раздражение неожиданные изменения в Вашем распорядке дня?

26. Есть ли у Вас на все «готовые ответы»?

27. В состоянии ли Вы вести себя спокойно, когда ждете важного решения (например, результат вступительных экзаменов,

поездки за границу)?

28. Легко ли Вы организуете первые дни своего отпуска, каникул?

29. Обладаете ли Вы так называемой «быстрой реакцией»?

30. Легко ли Вы приспосабливаете свою походку или манеру есть к походке или манере есть людей более медлительных?

31. Быстро ли Вы засыпаете?

32. Охотно ли Вы выступаете на собраниях, семинарах?

33. Легко ли Вам испортить настроение? -

34. Трудно ли Вам оторваться от работы?

35. Умеете ли Вы воздерживаться от разговора, если это мешает

другим?

36. Легко ли Вас спровоцировать на что-либо?

37. Легко ли Вы срабатываетесь с людьми?

38. Всегда ли, если Вам предстоит что-нибудь важное, Вы обдумываете свои поступки?

39. В состоянии ли Вы, читая текст, проследить с начала до конца ход мыслей автора?

40. Легко ли Вы вступаете в разговор в попутчиками?

41. Воздерживаетесь ли Вы от доказательства неправоты собеседника, если это по тем или иных причинам нецелесообразно?

-506-

42. Охотно ли Вы беретесь за работу, требующую большой ловкости рук?

43. В состоянии ли Вы изменить уже принятое решение, учитывая мнение других?

44. Быстро ли Вы привыкаете к новой системе работы?

45. Можете ли Вы работать ночью, если работали днем?

46. Быстро ли Вы читаете беллетристику?

47. Часто ли Вы отказываетесь от своих намерений, если возникает препятствие?

48. Умеете ли Вы держать себя в руках, если этого требуют обстоятельства?

49. Просыпаетесь ли Вы обычно быстро, без труда?

50. В состоянии ли Вы воздержаться от моментальной импульсивной реакции?

51. Трудно ли Вам работать при шуме?

52. Умеете ли Вы, когда это необходимо, воздерживаться от того, чтобы «резать правду-матку»?

53. Успешно ли Вы сдерживаете волнение перед экзаменом, встречей с начальством и т.п.?

54. Любите ли Вы частые перемены?

55. Быстро ли Вы привыкаете к новой среде?

56. Восстанавливаете ли Вы силы полностью после ночного отдыха, тяжело проработав весь предыдущий день?

57. Избегаете ли Вы занятий, требующих выполнения в непродолжительный срок разнородных действий?

58. самостоятельно ли Вы обычно боретесь с трудностями?

59. Перебиваете ли Вы собеседника?

60. Прыгнули бы Вы в воду, не умея плавать, чтобы спасти утопающего?

61. В состоянии ли Вы напряженно работать, заниматься?

62. Можете ли Вы воздержаться от неуместных замечаний?

63. Имеет ли для Вас значение постоянное место на работе, за столом, на лекции и т.п.?

64. Легко ли Вам переходить от одного занятия к другому?

65. Взвешиваете ли Вы все «за» и «против», прежде чем принять важное решение?

66. Легко ли Вы преодолеваете препятствия?

67. Заглядываете ли Вы в чужие письма, вещи?

68. Скучно ли Вам во время стереотипных (всегда одинаково протекающих) действий, занятий?

-507-

69. Соблюдаете ли Вы правила поведения в общественных местах?

70. Воздерживаетесь ли Вы во время разговора, выступления или ответа от лишних движений и жестикуляции?

71. Любите ли Вы оживленную обстановку?

72. Любите ли Вы деятельность, требующую больших усилий?

73. В состоянии ли Вы длительное время сосредоточивать внимание на выполнении определенной задачи?

74. Любите ли Вы работу, требующую быстрых движений?

75. Умеете ли Вы владеть собой в трудных жизненных ситуациях?

76. Встаете ли Вы, если нужно, сразу же после того, как проснулись?

77. Способны ли Вы, если требуется, окончив полученную работу, терпеливо ждать пока не кончат свою работу другие?

78. Способны ли Вы после того, как увидели что-то неприятное, действовать столь же четко, как и обычно?

79. Быстро ли Вы просматриваете ежедневные газеты?

80. Случается ли Вам говорить так быстро, что Вас трудно понять?

81. Можете ли Вы, не выспавшись нормально работать?

82. В состоянии ли Вы длительное время работать без перерыва?

83. В состоянии ли Вы работать, если у Вас болит голова, зуб и т.п.?

84. В состоянии ли Вы спокойно окончить работу, зная, что Ваши товарищи развлекаются и ждут Вас?

85 Отвечаете ли Вы, как правило, быстро на неожиданные вопросы?

86. Говорите ли Вы обычно быстро?

87. Можете ли Вы спокойно работать, если ждете гостей?

88. Легко ли Вы меняете свое мнение под влиянием убедительных аргументов?

89. Терпеливы ли Вы?

90. Умеете ли Вы приспособиться к ритму работы более медленного человека?

91. Умеете ли Вы спланировать работу, чтобы выполнить несколько совместных действий?

92. Может ли веселая компания изменить Ваше настроение?

93. Умеете ли Вы без особого труда выполнить несколько действий одновременно?

94. Сохраняете ли Вы психологическое равновесие, когда являетесь свидетелем несчастного случая на улице?

- 508 -

95. Любите ли Вы работу, требующую множества разнообразных манипуляций?

96. Сохраняете ли Вы спокойствие, когда страдает кто-нибудь из близких Вам людей?

97. Самостоятельны ли Вы в трудных жизненных ситуациях?

98. Свободно ли Вы себя чувствуете в большой или незнакомой компании?

99. Можете ли Вы сразу прервать разговор, если это требуется (например, начало сеанса, лекции)?

100. Легко ли Вы приспосабливаетесь к методам работы других?

101. Любите ли Вы часто менять род работы?

102. Склонны ли Вы брать инициативу в свои руки, если случается что-нибудь из ряда вон выходящее?

103. Воздерживаетесь ли Вы от неуместных улыбок?

104. Начинаете ли Вы работать сразу интенсивно?

105. Решаетесь ли Вы выступить против общепринятого мнения, если Вам кажется, что Вы правы?

106. В состоянии ли Вы преодолеть временную депрессию?

107. Засыпаете ли Вы с трудом, сильно устав от умственной работы?

108. В состоянии ли Вы спокойно долго ждать (например, очереди)?

109. Воздерживаетесь ли Вы от вмешательства, если заранее известно, что оно ни к чему не приведет?

110. В состоянии ли Вы спокойно аргументировать во время резкого разговора?

111. В состоянии ли Вы мгновенно реагировать в неожиданном положении?

112. Ведете ли Вы себя тихо, если Вас об этом попросят?

113. Соглашаетесь ли Вы без особых внутренних колебаний на болезненные врачебные процедуры?

114. Умеете ли Вы интенсивно работать?

115. Охотно ли Вы меняете места отдыха, развлечения?

116. Трудно ли Вам привыкнуть к новому распорядку дня?

117. Спешите ли Вы на помощь в несчастных случаях?

118. Воздерживаетесь ли Вы от выкриков, жестов на спортивных матчах, в цирке?

119. Любите ли Вы работу, занятия, требующие частых разговоров с разными людьми?

120. Владеете ли Вы своей мимикой (гримасы, иронические усмешки и т.п.)?

- 509 -

121. Любите ли Вы работу, требующую четких, энергичных действий?

122. Считаете ли Вы себя смелым?

123. Прерывается ли у Вас голос (Вам трудно говорить) в необычной ситуации?

124. Умеете ли Вы преодолевать уныние, вызванное неудачей?

125. Если Вас об этом просят, в состоянии ли Вы долгое время стоять (сидеть) спокойно?

126. В состоянии ли Вы подавить свое веселье, если это может кого-нибудь задеть?

127. Легко ли Вы переходите от печали к радости?

128. Легко ли Вас вывести из себя?

129. Соблюдаете ли Вы без особого труда обязательные в Вашей среде правила поведения?

130. Любите ли Вы выступать публично?

131. Приступаете ли Вы к работе обычно быстро, без длительной подготовки?

132. Готовы ли Вы прийти на помощь другому, рискуя жизнью?

133. Энергичны ли Ваши движения?

134. Охотно ли Вы выполняете общественную работу?

Обработка: подсчитываются баллы на основании совпадения или несовпадения ответов с нижеприведенными кодами. Совпадение оценивается в 2 балла, несовпадение 0 баллов, ответ «Не знаю» -^ 1 балл.

Оцениваются:

Сила по возбуждению:

«+» — 3, 4, 7, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 24, 32, 37, 39, 45, 46, 56, 58, 60, 61, 66, 72, 73, 78, 81, 82, 83, 94, 97, 98, 102, 105, 106, 113, 114, 117, 121, 122, 124, 130, 132, 133, 134.

«—» — 47, 51, 107, 123.

Сила по торможению:

«+» — 2, 5, 8, 10, 12, 16, 27, 30, 35, 38, 42, 48, 50, 52, 53, 59, 62, 65, 67, 69, 70, 75, 77, 84, 87, 89, 90, 96, 99, 103, 108, 109, 110, 112, 118, 120, 125, 126, 129.

«—» — 18, 34, 36, 128.

Подвижность:

«+» — 1, 6, 9, 11, 14, 20, 22, 26, 28, 29, 31, 33, 40, 41, 43, 44, 49, 54, 55, 64, 68, 71, 74, 76, 79, 80, 85, 86, 88, 91, 92, 93, 85, 100, 101, 104, 111, 115, 119, 127, 131.

«—» — 25, 57, 63, 116.

Заключение: 42 балла по данному свойству — большая концентрация. Уравновешенность по силе: Р — сила по возбуждению/сила по торможению.

Чем ближе к единице, тем более высока уравновешенность. Меньше 1 — неуравновешенность в сторону возбуждения, больше 1 — неуравновешенность в сторону торможения.

САНГВИНИК — СУП (сильный уравновешенный подвижный), ХОЛЕРИК — СНП (сильный неуравновешенный подвижный), ФЛЕГМАТИК — СУИ (сильный уравновешенный инертный), МЕЛАНХОЛИК — Сл (слабый).

Тест Айзенка

Предназначен для определения таких индивидуально-психологических особенностей как: экстраверсия, интраверсия, нейротизм.

Инструкция: испытуемый должен отметить знаком «+» те утверждения, с которыми согласен, знаком «—» те, с которыми не согласен.

(взрослый вариант)

1. Часто ли Вы испытываете тягу к новым впечатлениям, к тому, чтобы «встряхнуться», испытать возбуждение?

2. Часто ли Вы нуждаетесь в друзьях, которые Вас понимают, могут ободрить или утешить?

3. Вы человек беспечный?

4. Не находите ли Вы, что Вам очень трудно отвечать «нет»?

5. Задумываетесь ли Вы перед тем, как что-либо предпринять?

6. Если Вы обещаете что-то сделать, всегда ли Вы сдерживаете свои общения (независимо от того, удобно это Вам ли нет)?

7. Часто ли у Вас бывают спады и подъемы настроения?

8. Обычно Вы поступаете и говорите быстро, не раздумывая?

9. Часто ли Вы чувствуете себя несчастным человеком без достаточных на то причин?

-511-

10. Сделали бы Вы почти все что угодно на спор?

11. Возникает ли у Вас чувство робости и смущения, когда Вы хотите завести разговор с симпатичным незнакомцем?

12. Выходите ли Вы иногда из себя, злитесь ли?

13. Часто ли Вы действуете под влиянием минутного настроения?

14. Часто ли Вы беспокоитесь из-за того, что сделали или сказали что-нибудь, чего не следовало бы делать или говорить?

15. Предпочитаете ли Вы обычно книги встречам с людьми?

16. Легко ли Вас обидеть?

17. Любите ли Вы часто бывать в компании?

18. Бывают ли у Вас мысли, которые Вы хотели бы скрыть от других?

19. Верно ли, что Вы иногда полны энергии, так что все горит в руках, а иногда совсем вялы?

20. Предпочитаете ли Вы иметь поменьше друзей, но зато особенно близких к Вам?

21. Часто ли Вы мечтаете?

22. Когда на Вас кричат, Вы отвечаете тем же?

23. Часто ли Вас беспокоит чувство вины?

24. Все ли Ваши привычки хороши и желательны?

25. Способны ли Вы дать волю своим чувствам и вовсю повеселиться в компании?

26. Считаете ли Вы себя человеком возбудимым и чувствительным?

27. Считаете ли Вы себя человеком живым и веселым?

28. Часто ли, сделав какое-нибудь важное дело, Вы испытываете чувство, что могли бы сделать его лучше?

29. Вы больше молчите, когда находитесь в обществе других людей?

30. Вы иногда сплетничаете?

31. Бывает ли, что Вам не спится из-за того, что разные мысли лезут в голову?

32. Если Вы хотите узнать о чем-нибудь, то Вы предпочитаете прочесть книгу об этом нежели спросить?

33. Бывают ли у Вас сердцебиения?

34. Нравится ли Вам работа, которая требует от Вас постоянного внимания?

35. Бывают ли у Вас приступы дрожи?

36. Всегда ли Вы платите за провоз багажа на транспорте?

-512-

37. Вам приятно находиться в обществе, где подшучивают друг над другом?

38. Раздражительны ли Вы?

39. Нравится ли Вам работа, которая требует быстроты действий?

40. Волнуетесь ли Вы по поводу каких-то неприятных событий, которые могли бы произойти?

41. Вы ходите медленно и неторопливо?

42. Вы когда-нибудь опаздывали на свидания или на работу?

43. Часто ли Вам снятся кошмары?

44. Верно ли, что Вы так любите поговорить, что никогда не упускаете возможности поговорить с незнакомым человеком?

45. Беспокоят ли Вас какие-нибудь боли?

46. Вы бы чувствовали себя несчастным, если бы длительное время были лишены широкого общения с людьми?

47. Можете ли Вы назвать себя нервным человеком?

48. Есть ли среди Ваших знакомы люди, которые Вам не нравятся?

49. Можете ли Вы сказать, что Вы весьма уверенный в себе человек?

50. Легко ли Вы обижаетесь, когда люди указывают на Ваши ошибки в работе или на Ваши личные промахи?

51. Вы считаете, что трудно получить настоящее удовольствие от вечеринки?

52. Беспокоит ли Вас чувство, что Вы чем-то хуже других?

53. Легко ли Вам внести оживление в довольно скучную компанию?

54. Бывает ли, что Вы говорите о вещах, в которых не разбираетесь?

55 Беспокоитесь ли Вы о своем здоровье?

56. Любите ли Вы подшучивать над другими?

57. Страдаете ли Вы от бессонницы?

(подростковый вариант)

1. Любишь ли ты шум и суету вокруг себя

2. Часто ли ты нуждаешься в друзьях, которые могли бы тебя поддержать

3. Ты всегда находишь быстрый ответ, когда тебя о чем-нибудь просят

4 Бывает ли так, что ты раздражен чем-нибудь

-513-

5. Часто ли у тебя меняется настроение

6. Верно ли, что тебе легче и приятнее с книгами, чем с ребятами

7. Часто ли тебе мешают уснуть разные мысли

8. Ты всегда делаешь так, как тебе говорят

9. Любишь ли ты подшучивать над кем-нибудь

10. Ты когда-нибудь чувствовал себя несчастным, хотя для этого не было настоящей причины

11. Можешь ли ты сказать о себе, что ты веселый и живой человек

12. Ты когда-нибудь нарушал правила поведения в школе

13. Верно ли, что ты часто раздражен чем-нибудь

14. Нравится ли тебе все делать в быстром темпе (если же, наоборот, склонен к неторопливости, ответь «нет»)

15. Ты переживаешь из-за всяких страшных событий, которые чуть было не произошли, хотя все кончилось хорошо

16. Тебе можно доверить любую тайну

17. Можешь ли ты без особого труда внести оживление в скучную компанию сверстников

18. Бывает ли так, что у тебя без всякой причины (физические нагрузки) сильно бьется сердце

19. Делаешь ли ты обычно первый шаг, чтобы подружиться с кем-нибудь

20. Ты когда-нибудь говорил неправду

21. Ты легко расстраиваешься, когда критикуют тебя и твою работу

22. Ты часто шутишь и рассказываешь смешные истории твоим друзьям

23. Ты часто чувствуешь себя усталым

24. Ты всегда сначала делаешь уроки, а все остальное потом

25. Ты обычно весел и всем доволен

26. Обидчив ли ты

27. Ты очень любишь общаться с другими ребятами

28. Всегда ли ты выполняешь просьбы родных о помощи по хозяйству

29. У тебя бывают головокружения

30. Бывает ли так, что твои действия и поступки ставят других людей в неловкое положение

31. Ты часто чувствуешь, что тебе что-нибудь надоело

32. Любишь ли ты иногда похвастаться

-514-

33. Ты чаше всего сидишь и молчишь, когда попадаешь в общество незнакомых людей

34. Волнуешься ли ты иногда так, что не можешь усидеть на месте

35. Ты обычно быстро принимаешь решения

36. Ты никогда не шумишь в классе, даже когда нет учителя

37. Тебе часто снятся страшные сны

38. Можешь ли ты дать волю чувствам и повеселиться в обществе друзей

39. Тебя легко огорчить

40. Случалось ли тебе плохо говорить о ком-нибудь

41. Верно ли, что ты обычно говоришь и действуешь быстро, не задерживаясь особенно на обдумывание

42. Если оказываешься в глупом положении, то потом долго переживаешь

43. Тебе очень нравятся шумные и веселые игры

44. Ты всегда ешь то, что тебе подают

45. Тебе трудно ответить «нет», когда тебя о чем-нибудь просят

46. Ты любишь часто ходить в гости

47. Бывают ли такие моменты, когда тебе не хочется жить

48. Был ли ты когда-нибудь груб с родителями

49. Считают ли тебя ребята веселым и живым человеком

50. Ты часто отвлекаешься, когда делаешь уроки

51. Ты чаще сидишь и смотришь, чем принимаешь активное участие в общем веселье

52. Тебе обычно бывает трудно уснуть из-за разных мыслей

53. Бываешь ли ты совершенно уверен, что сможешь справиться с делом, которое должен выполнить

54. Бывает ли, что ты чувствуешь себя одиноким .

55. Ты стесняешься заговорить первым с новыми людьми

56. Ты часто спохватываешься, когда уже поздно что-либо исправить

57. Когда кто-нибудь из ребят кричит на тебя, ты тоже кричишь в ответ

58. Бывает ли так, что ты иногда чувствуешь себя веселым или печальным без всякой причины

59. Ты считаешь, что трудно получить настоящее удовольствие от оживленной компании сверстников

60. Тебе часто приходится волноваться из-за того, что ты сделал что-нибудь не подумав

-515-

Обработка: подсчитываются совпадения (как плюсов, так и минусов) с нижеприведенными кодами. За совпадение 1 балл, за несовпадение 0 баллов.

Оцениваются:

Экстраверсия, интраверсия:

(взрослый вариант)

«+» — 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 29, 39, 44, 46, 49, -53, 56 «—» — 5, 15, 20, 32, 34, 37, 41, 51
'

(подростковый вариант)

«+» — 1, 3, 9, 11, 14, 17, 19, 22, 25, 27, 30, 35, 38, 41, 43, 46, 49, 53, 57

«—» — 6, 33, 51, 55, 59

Нейротизм: (взрослый вариант)

«+» — 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57

(подростковый вариант)

«+» — 2, 5, 7, 10, 13, 15, 18, 21, 23, 26, 29, 31, 34, 37, 39, 42, 45, 47, 50, 52, 54, 56, 58, 60

Интерпретация:

Показатель экстра-интраверсии больше 12 указывает на экстраверсию, меньше 12 — интраверсию, 12 баллов — амбиверрию. Уровень нейротизма: 12 баллов — эмоциональная стабильность, выше 12 баллов — усиление свойств нейротизма.

Характерологический опросник К. Леонгарда

Предназначен для определения акцентуаций характера.

Инструкция: испытуемый должен отметить знаком «+» те утверждения, с которыми согласен, знаком «—» те, с которыми не согласен.

-516-

1. У Вас чаше веселое и беззаботное настроение.
2. Вы чувствительны к оскорблениям.
3. Бывает ли так, что Вам на глаза навертываются слезы в кино, театре, в беседе и т.д.
4. Сделав что-то Вы сомневаетесь, все ли сделано правильно, и не успокаиваетесь пока не убедитесь в том, что все сделано правильно.
5. В детстве Вы были таким же смелым, как все Ваши сверстники.
6. Часто ли у Вас резко меняется настроение от состояния безграничного ликования до отвращения к жизни, к себе.
7. Являетесь ли Вы обычно центром внимания в обществе, компании.
8. Бывает ли так, что Вы беспричинно находитесь в таком ворчливом настроении, что с Вами лучше не разговаривать.
9. Вы серьезный человек.
10. Способны ли Вы восторгаться, восхищаться чем-нибудь.
11. Предприимчивы ли Вы.
12. Вы быстро забываете, если Вас кто-либо обидит.
13. Мягкосердечны ли Вы.
14. Опуская письмо в почтовый ящик, проверяете ли Вы проводя рукой по щели ящика, что письмо полностью упало в него.
15. Стремитесь ли Вы всегда считаться в числе лучших работников.
16. Бывало ли Вам страшно в детстве во время грозы или при встрече с незнакомой собакой (а может быть, такое чувство бывает и теперь, в зрелом возрасте).
17. Стремитесь ли Вы во всем и всюду соблюдать порядок.
18. Зависит ли Ваше настроение от внешних обстоятельств.
19. Любят ли Вас Ваши знакомые.
20. Часто ли у Вас бывает чувство внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятности.
21. У Вас часто несколько подавленное настроение.
22. Бывали ли у Вас хотя бы раз истерика или нервный срыв.
23. Трудно ли Вам долго усидеть на одном месте.
24. Если по отношению к Вам несправедливо поступили, энергично ли вы отстаиваете свои интересы.
25. Можете ли Вы зарезать курицу или овцу.
26. Раздражает ли Вас, если дома занавес или скатерть висят неровно и вы сразу же стараетесь поправить их.

27. Вы в детстве боялись оставаться одни в доме.

-517-

28. Часто ли у Вас бывают колебания настроения без причины.

29. Всегда ли Вы стремитесь быть достаточно сильным работником в своей профессии.

30. Быстро ли Вы начинаете сердиться и впадать в гнев.

31. Можете ли Вы быть абсолютно беззаботно веселым.

32. Бывает ли так, что ощущение полного счастья буквально пронизывает Вас.

33. Как Вы думаете, получился бы из Вас ведущий в юмористическом спектакле.

34. Вы обычно высказываете свое мнение людям достаточно откровенно, прямо и недвусмысленно.

35. Вам трудно переносить вид крови. Не вызывает ли это у Вас неприятных ощущений.

36. Любите ли Вы работу с высокой личной ответственностью.

37. Склонны ли Вы выступать в защиту лиц, по отношению к которым несправедливо поступают.

38. В темный подвал Вам трудно, страшно спускаться.

39. Предпочитаете ли Вы работу такой, где действовать надо быстро, но требования к качеству выполнения невысоки.

40. Общительны ли Вы.

41. В школе Вы охотно декламировали стихи.

42. Убегали ли Вы в детстве из дома.

43. Кажется ли Вам жизнь трудной.

44. Бывает ли так, что после конфликта, обиды Вы были до того расстроены, что идти на работу казалось просто невыносимым.

45. Можно ли сказать, что при неудаче Вы не теряете чувство юмора.

46. Предприняли бы Вы первые шаги к примирению, если бы Вас кто — либо обидел.

47. Вы очень любите животных.

48. Возвращаетесь ли Вы, чтобы убедиться, что оставили дом или рабочее место в таком состоянии, что там ничего не случилось.

49. Преследует ли Вас иногда неясная мысль, что с Вами и Вашими близкими может случиться что-то страшное.

50. Считаете ли Вы, что Ваше настроение очень изменчиво.

51. Трудно ли Вам докладывать (выступать на сцене) перед большим количеством людей.

52. Вы можете ударить обидчика, если он Вас оскорбит.

53. У Вас очень велика потребность в общении с другими людьми.

54. Вы относитесь к тем, кто при каких-либо разочарованиях впадает в отчаяние.

-518-

55. Вам нравится работа, требующая энергичной организаторской деятельности.

56. Настойчиво ли Вы добиваетесь намеченной цели, если на пути к ней приходится преодолевать массу препятствий.

57. Может ли трагический фильм взволновать Вас так, что на глазах выступают слезы.

58. Часто ли Вам бывает трудно уснуть из-за того, что проблемы прожитого дня или будущего все время крутятся в Ваших мыслях.

59. В школе Вы иногда подсказывали своим товарищам или давали списывать.

60. Потребуется ли Вам большое напряжение воли, чтобы пройти одному через кладбище.

61. Тщательно ли Вы следите за тем, чтобы каждая вещь в Вашей квартире была только на одном и том же месте.

62. Бывает ли так, что будучи перед сном в хорошем настроении, Вы на следующий день встаете в подавленном, длящемся несколько часов.

63. Легко ли Вы привыкаете к новым ситуациям.

64. Бывают ли у Вас головные боли.

65. Вы часто смеетесь.

66. Можете ли Вы быть приветливыми даже с тем, кого явно не цените, не любите, не уважаете.

67. Вы подвижный человек.

68. Вы очень переживаете из-за несправедливости.

69. Вы настолько любите природу, что можете назвать ее другом.

70. Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли Вы, закрыт ли газ, погашен ли свет, заперты ли двери.

71. Вы очень боязливы.

72. Изменяется ли Ваше настроение при приеме алкоголя.

73. В Вашей молодости Вы охотно участвовали в кружке художественной самодеятельности.

74. Вы расцениваете жизнь несколько пессимистически, без ожидания радости.

75. Часто ли Вас тянет путешествовать.

76. Может ли Ваше настроение измениться так резко, что Ваше состояние радости вдруг сменяется угрюмым и подавленным.

77. Легко ли Вам удается поднять настроение друзей в компании.

78. Долго ли Вы переживаете обиду.

79. Переживаете ли Вы долгое время горести других людей.

80. Часто ли, будучи школьником, Вы переписывали страницу в Вашей тетради, если случайно оставили в ней кляксу.

81. Относитесь ли Вы к людям скорее с недоверием и осторожностью, чем с доверчивостью.

82. Часто ли Вы видите страшные сны.

83. Бывает ли, что Вы остерегаетесь того, что броситесь под колеса проходящего поезда, или, стоя у окна многоэтажного дома, остерегаетесь того, что можете внезапно выпасть из окна.

84. В веселой компании Вы обычно веселы.

85. Способны ли Вы отвлечься от трудных проблем, требующих решения.

86. Вы становитесь менее сдержанным и чувствуете себя более свободно, приняв алкоголь.

87. В беседе Вы скудны на слова.

88. Если Вам необходимо было бы играть на сцене, Вы смогли бы войти в роль, чтобы позабыть о том, что это только игра.

Обработка: подсчитываются плюсы (положительный ответ на вопросы) и умножаются на коэффициент — при каждом виде акцентуации свой.

Оцениваются: следующие типы акцентуации характера:

1. Гипертимы х 3

+ : 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77.

2. Возбудимые х 2

+ : 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81.

—: 12, 46, 59.

3. Эмотивные х 3

+ : 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79.

—:25.

4. Педантичные х 2

+ : 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83.

—: 36.

5. Тревожные х3

+ : 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82.

—: 5.

6. Циклотимные х 3

+ : 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84.

7. Демонстративные х 2

+ : 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88.

—: 51.

8. Неуравновешенные х 3

+ : 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86.

-520-

9. Дистимные х 3

+ : 9, 21, 43, 75, 87.

—: 31, 53, 65.

10. Экзальтированные х 6

+ : 10, 32, 54, 76.

Интерпретация: акцентуация характера по каждому типу диагностируется в случае превышения 12-балльного уровня.

Висбаденский опросник N.Peseschkian

Предназначен для оценки характерологических и личностных особенностей и оценки способов переработки конфликтов.

Инструкция: ответить на представленные утверждения по четырех балльной системе и отметить (зачеркнуть) на бланке: 4 балла (крайнее правое положение) — «почти всегда», 3 балла — «часто», 2 балла — «редко», 1 балл — «никогда».

1. Я прочитал инструкцию и готов честно оценить каждое высказывание.....0 0 0 0

2. Я всегда так планирую свое время, что мне никогда не приходится превращать день в ночь.....0 0 0 0

3. По форме общения человека можно судить, чего он стоит.....,..... 0 0 0 0

4. Мои-знакомые считают меня надежным человеком 0 0 0 0

5. Ребенок, который даже при спокойном обращении к нему не делает того, о чем его просят, должен испытывать родительскую строгость.....0 0 0 0

6. Я часто бываю расслабленным, вялым или изможденным..... 0 0 0 0

7. Моя мать была для меня примером..... 0 0 0 0

8. Терпение и выдержка являются для меня показателями внутренней силы..... 0 0 0 0

9. Единство человечества — важная цель для меня..... 0 00 0

10. Когда все Дела идут вкривь и вкось, можно сойти с ума.....;..... 0 0 0 0

П. Я хотел бы быть нежным со многими людьми, а не только с одним..... 0 0 0 0

12, Мое мировоззрение (религия, убеждения) я сохраняю, несмотря ни на какие внешние влияния..... 0 0 0 0

13. Мои родители (отец и/или мать) молились вместесомной..... 0 0 0 0

14. При покупке я обычно обращаю внимание на цену 0 0 0 0

15. Мне часто кажется, что со мной обошлись несправедливо..... 0 0 0 0

16. Частые рукопожатия опасны, потому что с ними могут передаваться бактерии..... 0 0 0 0

17. На меня можно полностью положиться..... 0 0 0 0

18. Сначала работа, а затем уже удовольствия!..... 0 0 0 0

19. Личные контакты на работе, несмотря на занятость, для меня очень важны..... 0 0 0 0

20. Мой отец был очень терпелив со мной..... 0 0 0 0

21. Иногда я проглатываю обиду и не подаю виду, хотя потом очень злюсь на себя за это..... 0 0 0 0

22. Большинство людей, с которыми я общаюсь, искренни..... 0 0 0 0

23:Мне больше по душе прочные отношения с одним человеком, чем много кратковременных, сменяющихся контактов..... 0 0 0 0

24. Когда у меня появляются проблемы, я всегда нахожу хорошее решение.....0 0 0 0

25. Я часто отвлекаюсь тем, что с головой ухожу в работу 0 0 0 0

26. Прежде чем я что-то сделаю (на работе или в семье), я всегда внимательно планирую..... 0 0 0 0

27. Мои родители умели улаживать возникающие между ними разногласия..... 0 0 0 0

28. Мои родители (отец и/или мать) бывали дружелюбны с незнакомыми людьми..... 0 0 0 0

29. У меня широкий круг знакомых..... 0 0 0 0

30. Я не спешу, принимая важные решения, чтобы дать себе возможность все обдумать..... 0 0 0 0

31. На работе и дома я «пашу, как вол»..... 0 0 0 0

32. Я действую по принципу «Время — деньги»..... 0 0 0 0

33. Я стараюсь внутренне принимать и тех людей, которые имеют иные взгляды и установки, чем я..... 0 0 0 0

34. Моих родителей беспокоил вопрос о смысле жизни 0 0 0 0

35. Когда кто-то не приходит к назначенному времени, я выхожу из себя.....,..... 0 0 0 0

36. Я открыто высказываю свои потребности и интересы..... 0 0 0 0

37. Моя мать была очень терпелива со мной..... 0 0 0 0

38. Несправедливость по отношению ко мне всегда доводит до болезни (появляются боли в животе, головные боли и др.).....„.....0 0 0 0

39. Даже в самых трудных ситуациях я обычно сохраняю спокойствие..... 0 0 0 0

40. Ласки и физические контакты я нахожу очень приятными..... 0 0 0 0

41. Верность (в дружбе и любви) для меня являются абсолютной ценностью..... 0 0 0 0

. 42. Мои родители участвовали в деятельности общественных организаций....:..... 0000

43. Даже если все настроены против меня, я не сдаюсь 0 0 0 0

44. При появлении профессиональных проблем я обращаюсь к коллегам, вместо того, чтобы примириться с неудачей..... 0 0 0 0

45. Мои родители хорошо ладили друг с другом..... 0 0 0 0

46. Мой организм очень чутко реагирует, когда я не могу найти решение проблемы..... 0 0 0 0

47. Я только тогда хорошо себя чувствую, когда я полностью погружаюсь в работу..... 0 0 0 0

48. Меня раздражает, когда в квартире беспорядок..... 0 0 0 0

49. Я вижу смысл в свой жизни, даже если у меня есть трудно сти..... 0 0 0 0

50. Я не могу представить себе человеческое общество без пунктуальности..... 0 0 0 0

51. Мне нравятся люди, которые открыто говорят, что они думают, даже если у меня другое мнение..... 0 0 0 0

52. Я всегда открыто высказываю свое мнение, даже если это будет для меня опасным..... 0 0 0 0

53. Когда я был ребенком, мои родители беседовали со мной на религиозные и мировоззренческие темы..... 0 0 0 0

54. Без взаимного доверия, я не могу жить или работать с другими людьми..... 0 0 0 0

55. Если я однажды что-то пообещал, значит я обязательно сдержу слово..... 0 0 0 0

56. Мне важно знать, существует ли жизнь после смерти..... 0 0 0 0

57. Со всеми людьми нужно обращаться одинаково, иначе воцарится несправедливость..... 0 0 0 0

58. По чистоте в квартире можно судить о чистоте характера..... 0 0 0 0

59. Когда у меня есть трудности на работе, я обращаюсь к коллегам и/или к начальству.....- 0 0 0 0

60. Мой отец был для меня примером, когда я был маленьким..... 0 0 0 0

61. Я охотно провожу время вне дома (в ресторане, кино, театре, кафе, на танцах и т.д.), потому что мне нравится знакомиться с новыми людьми..... 0 0 0 0

62. К моим родителям часто приходили друзья или их самих приглашали в гости..... 0 0 0 0

63. Я трудолюбивый, старательный человек..... 00 0 0

64. Я надеюсь достичь в своей жизни еще больших успехов 0 0 0 0

65. Я очень вежлив, чтобы быть признанным у других ..0 0 0 0

66. Сексуальная любовь — это лучшее, что есть на Земле 0 0 0 0

67. У моей мамы всегда находилось для меня много времени 0 0 0 0

68. Я длительно ищу контактов, чтобы не быть водиночестве..... 0 0 0 0

69. Я экономлю даже тогда, когда в этом нет необходимости..... 0 0 0 0

70. Когда я знакомлюсь с людьми, я сначала бросаю им «пробный шар» доверия..... 0 0 0 0

71. Когда меня критикуют, у меня появляются боли в желудке (желчном пузыре) или у меня бывают Судороги 0 0 0 0

72. У моего отца находилось для меня много времени .. 0 0 0 0

73. То, что каждый из нас подразумевает под чувствами, всего лишь маленькая часть действительности..... 0 0 0 0

74. При возникновении проблем вся моя энергия направлена на поиск решения и я всегда нахожу выход.... 0 0 0 0

75. Я считаю, что мои решения (на работе и/или в личной жизни) должны выполняться без долгах разговоров..... 0 0 0 0

76. Что думают другие люди о моем мнении, мне безразлично..... 0 0 0 0

77. Работа — это содержание моей жизни..... 0 0 0 0

78. Гости для меня вовсе не безразличны, я всегда нахожу для них время..... 0 0 0 0

79. Я злюсь на себя, если все находится в беспорядке (посуда, пустые бутылки, не выброшенный мусор)..... 0 0 0 0

80. В сложных ситуациях мои родители могли открыто говорить между собой..... 0 0 0 0

81. Мне очень неудобно, когда приходят гости, а квартира не сверкает чистотой..... 0 0 0 0

82. Есть люди, которые мне нравятся, несмотря на то, что у них другие убеждения..... 0 0 0 0

83. Я очень нервничаю (беспокоюсь, злюсь), если кто-то заставляет меня ждать..... 0 0 0 0

84. Я убежден, что в моей жизни можно достичь еще больше..... 0 0 0 0

85. Когда проблему нельзя преодолеть тотчас же, я могу подождать, пока не появится другая возможность.... 0 0 0 0

Обработка: осуществляется по каждому качеству отдельно путем суммирования полученных баллов на вопросы, относящиеся к данному качеству, с последующим занесением данных на бланк (приведен ниже).

1. Аккуратность: 10, 48, 79.
2. Чистоплотность: 16, 58, 81.
3. Пунктуальность: 35, 50, 83.
4. Вежливость: 3, 21, 65.
5. Честность/прямота: 36, 52, 76.
6. Усердие/деятельность: 18, 31, 63.
7. Обязательность, точность, совестливость: 4, 17, 55.
8. Бережливость: 14, 32, 68.
9. Послушание: 5, 26, 75.
10. Справедливость: 15, 38, 57.

П. Верность: 12, 23, 41.

12. Терпение: 8, 39, 85.
13. Время: 2, 30, 78.
14. Контакты: 19, 29, 61.

15. Доверие: 22, 54, 70.

16. Надежда: 43, 64, 84.
17. Сексуальность/нежность: 11, 40, 66.

18. Любовь: 33, 51, 82.

19. Вера, религия, церковь: 9, 56, 73.
20. Тело/ощущения: 6, 46, 71.

21. Деятельность: 25, 47, 77.

22. Контакты: 44, 59, 68.
23. Фантазии/будущее: 24, 49, 74.
24. Я: 24а (мать) — 7, 37, 67.

24б (отец) — 20, 60, 72.

25. ТЫ: 27, 45, 80.

26. МЫ: 28, 42, 62.

27. ПРА-МЫ: 13, 34, 53.

Балл			**345**	678	**91011**	**12**	
	Аккуратность	небрежный					педантичный
	Чистоплотность	неряшливый					опрятный
	Пунктуальность	непунктуальный					сверхпунктуальный
	Вежливость	бесцеремонный					учтивый
	Честность	скрытный					искренний
	Усердие	ленивый					сверхстарательный
	Обязательность	необязательный					обязательный
	Бережливость	расточительный					скупой
	Послушание	послушный					самостоятельный
	Справедливость	несправедливый					справедливый
	Верность	неверный					верный
	Терпение	нетерпеливый					терпеливый
	Время	успевающий					неуспевающий
	Контакты	замкнутый					общительный
	Доверие	подозрительный					доверчивый
	Надежда	отчаявшийся					надеющийся
	Нежность/секс	Отвергающий					зависящий
	Любовь	требовательный					балующий
	Вера/религия	безразличный					верующий
	Тело/ощущения '	здоровье					психосомат.наруш.
	Деятельность	дезорганизация					"бегство" в работу
	Контакты	замкнутость					"бегство" в общение
	Фантазии	отсутствие					"бегство" в мечты

	Я/мать	отвержение					принятие
	Я/отец	отвержение					принятие
	ТЫ	отчужденность					единство
	МЫ	замкнутость					общительность
	ПРА-МЫ	безразличие					фанатизм

-526-

Интерпретация: оценивается выраженность характерологических и личностных качеств (12-максимальная, 3 — минимальная), а также при проведении семейного или партнерского обследования совпадения идеальных и реальных качеств в отношении себя и партнера.

Методика «Ценностные ориентации» М. Рокича

Применяется для оценки ценностных ориентации.

Инструкция: испытуемому предлагается выбрать и разложить по мере убывания значимости сначала терминальные ценности (из списка А), затем инструментальные (из списка Б).

Список А (терминальные ценности):

- активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность жизни)
- жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом)
- здоровье (физическое и психическое)
- интересная работа
- красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и в искусстве)
- любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)
- материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений)
- наличие хороших и верных друзей
- общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей по работе)
- познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие)
- продуктивная жизнь (максимально полное использование своих возможностей, сил и способностей)
- развитие (работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование)
- развлечения (приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей)
- свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках)

-527-

- счастливая семейная жизнь
- счастье других (благосостояние, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом)
- творчество (возможность творческой деятельности)
- уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений)

Список Б (инструментальные ценности):

- аккуратность (чистоплотность, умение содержать в порядке веши, порядок в делах)
- воспитанность (хорошие манеры)
- высокие запросы (высокие требования к жизни и высокие притязания)
- жизнерадостность (чувство юмора)
- исполнительность (дисциплинированность)
- независимость (способность действовать самостоятельно, решительно)
- непримиримость к недостаткам в себе и других
- образованность (широта знаний, высокая общая культура)
- ответственность (чувство долга, умение держать слово)
- рационализм (умение здраво и логично мыслить, принимать обдуманные, рациональные решения)
- самоконтроль (сдержанность, самодисциплина)
- смелость в отстаивании своего мнения, своих взглядов
- твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями)
- терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения)
- широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки)
- честность (правдивость, искренность)
- эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе)
- чуткость (заботливость)

Обработка: на основании выбора выстраивается иерархическая лестница испытуемого.

-528-

СМОЛ
(сокращенный многопрофильный опросник личности)

Применяется для построения профиля личности (является сокращенным вариантом теста MMPI).

Инструкция: испытуемому предлагается ответить на вопросы, используя следующую формулировку: «верно» или «неверно» для него приведенное утверждение.

1. У меня хороший аппетит.
2. По утрам я обычно встаю свежим и отдохнувшим.
3. Моя повседневная жизнь полна событий, интересующих меня.
4. Работа дается мне ценой значительного напряжения.
5. Временами мне в голову приходят такие мысли, что лучше о них не рассказывать.
6. У меня редко бывают запоры.
7. Временами мне очень хотелось покинуть дом.
8. Временами у меня бывают приступы смеха и плача, которые я не могу контролировать.
9. Меня беспокоят приступы тошноты и рвоты.
10. Мне кажется нет такого человека, который понимал бы меня.
11. Иногда мне хочется выругаться.
12. Кошмарные сны снятся мне почти каждую ночь.

13. Я замечаю, что стало трудно сосредоточиться на определенной задаче или работе.

14. У меня бывают очень странные необычные переживания.

15. Если бы люди не интриговали против меня, я бы добился гораздо большего.

16. В юности было время, когда я совершал мелкие кражи.

17. У меня бывали такие периоды, тянувшиеся дни, недели или даже месяцы, когда я не мог ни за что взяться, т.к. не мог включиться в работу.

18. У меня прерывистый и беспокойный сон.

19. Когда я нахожусь среди людей, я слышу очень странные вещи.

20. Большинство знающих меня людей относятся ко мне хорошо.

21. Мне часто приходилось выполнять указания людей, знающих меньше меня.

-529-

22. Другие мне кажутся счастливее меня.

23. Думаю, что многие преувеличивают свои несчастью, чтобы добиться сочувствия или помощи.

24. Бывает, что я сержусь.

25. Мне безусловно не хватает уверенности в себе.

26. У меня очень редко бывают мышечные судороги или подергивания (или не бывает совсем).

27. Большую часть времени у меня такое чувство, как будто я сделал что-то плохое или злое.

28. Большую часть времени я чувствую себя счастливым, довольным жизнью.

29. Некоторые люди так любят командовать, что мне хочется все сделать наоборот, даже если я знаю, что они правы.

30. Я знаю, что есть люди настроенные против меня.

31. Я считаю, что большинство людей ради выгоды готовы поступить нечестно, чем упустить случай.

32. Меня очень беспокоит желудок.

33. Часто я не могу понять, почему был таким упрямым и ворчливым.

34. Временами мои мысли текут быстрее, чем я успеваю их высказать.

35. Я считаю, что в моем доме жизнь идет не хуже, чем у большинства моих знакомых.

36. Временами я бываю уверен в собственной бесполезности.

37. Последние несколько лет мое самочувствие большую часть времени хорошее.

38. Иногда у меня бывают такие состояния, когда я не осознаю, что делаю.

39. Я считаю, что меня часто незаслуженно наказывали.

40. Я сейчас чувствую себя лучше, чем когда-либо в жизни.

41. Меня не беспокоит, что обо мне говорят другие.

42. С памятью у меня все благополучно.

43. Мне трудно поддержать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился.

44. Большую часть времени я чувствую слабость.

45. У меня редко болит голова.

46. Мне не трудно сохранять равновесие при ходьбе.

47. Не все, кого я знаю, мне нравятся.

48. Есть люди, которые пытаются украсть мои мысли и идеи.

49. Я уверен, что моим проступкам нет прощения.

- 530 -

50. Я бы хотел быть не таким застенчивым.

51. Я часто замечаю за собой, что тревожусь о чем-то. •

52. Мои родители часто не одобряли моих знакомств.

53. Иногда я могу посплетничать.

54. Временами я чувствую, что необыкновенно легко принимать решения.

55. Я почти никогда не замечал у себя приступов сердцебиения и одышки.

56. Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.

57. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, когда я не могу усидеть на одном месте.

58. Мои родители и другие члены моей семьи часто без всяких оснований ко мне придираются.

59. Никому нет дела до того, что с тобой случится.

60. Я не осуждаю человека за обман тех, кто позволяет себя обманывать.

61. Временами я бываю полон энергии.

62. За последнее время у меня ухудшилось зрение.

63. Часто у меня шумит и звенит у ушах.

64. Кто-то пытается воздействовать на мои в мысли.

65. У меня бывают периоды беспричинной радости.

66. Большую часть времени я чувствую себя одиноким, доже находясь среди людей.

67. Думаю, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.

68. Я более обидчив, чем большинство людей.

69. Я замечаю, что стало трудно сосредоточиться на определенной задаче или работе.

70. Люди часто разочаровывают меня.

71. Я злоупотребляю спиртными напитками.

Обработка: производится с использованием специальных трафаретов.

Интерпретация: см. главу 1.

-531-

Шкала самооценки и оценки тревоги Ч.Спилбергера

Применяется для оценки уровня реактивной и личностной тревожности.

Инструкция: испытуемому предлагается оценить свое текущее и обычное состояний, отмечая на нижеприведенном бланке выбранные ответы по четырехбалльной системе.

(реактивная тревога)

		Нет, это не так	Пожалуй,так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4

2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	**1**	2	3	4
8	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	**1**	2	3	4
11	Я уверен в себе	**1**	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4

Продолжение таблицы

		Нет, это не так	Пожа-лун,так	Верно	Совершенно верно
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

(личностная тревога)

		Почти никогда	Иногда	Часто	Почтя всегда
21	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22	Я очень быстро устаю	1	2	3	4
23	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие	1	2	3	4
25	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я вполне счастлив	I	2	3	4

-533

Продолжение таблицы

		Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
31	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4

34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют мен	1 t	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	I	2	3	4
40	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Обработка: Из суммы прямых вопросов вычесть сумму непрямых и прибавить 35 (для оценки реактивной) и 35 (для оценки личностной).

Прямые вопросы: для оценки

реактивной тревожности: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18.

личностной тревожности: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40.

Интерпретация:

До 30 — низкая тревожность

31 — 45 — умеренная тревожность

46 и более — выраженная тревожность

-534-

ПРИЛОЖЕНИЕ к теме: «ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО»

ЛОБИ
(ленинградский опросник бехтеревского института)

Применяется для оценки типов психического реагирования на соматические заболевания.

Инструкция: испытуемому предлагается выбрать из каждого раздела не более 3-х утверждений, которые отражают его мнение, либо ответ № 0 и занести номера выбранных ответов в нижеприведенный бланк, отметив их кружком.

САМОЧУВСТВИЕ

1. С тех пор, как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть

4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим

5. У меня почти всегда что-нибудь болит

6. Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений

7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей

8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания

9. Мое самочувствие вполне удовлетворительное

10. С тех пор, как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски

11. Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

НАСТРОЕНИЕ

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее

2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным

3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем

4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти

5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение

6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия

7. У меня стало совершенно безразличное настроение

8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим

9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточение и гнев

10. Малейшие неприятности сильно задевают меня

11. Из-за болезни у меня всегда тревожное настроение

12. Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

СОН И ПРОБУЖДЕНИЕ ОТО СНА

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать

2. Утро для меня — самое тяжелое время суток

3. Если меня что-то тревожит, я долго не моту уснуть

4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем

5. Я сплю мало, но встаю бодрым; сны вижу редко

6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером

7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают тоскливые сновидения

8. Бессонница у меня наступает периодически без особых причин

9. Я не могу спокойно спать, если утром надо встать в определенный час

10. Утром я встаю бодрым и энергичным

П. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать

12. По ночам у меня бывают приступы страха

13. С утра я чувствую полное безразличие ко всему

14. Я могу свободно регулировать свой сон

15. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни

16. Во сне мне видятся всякие болезни

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

-536-

АППЕТИТ И ОТНОШЕНИЕ К ЕДЕ

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях

2. У меня хороший аппетит

3. У меня плохой аппетит

4. Я люблю сытно поесть

5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде

6. Мне легко можно испортить аппетит

7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность

8. Еда меня интересует прежде всего как средство поддержать здоровье

9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал

10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ

1. Моя болезнь меня пугает

2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет

3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью

4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня

5. Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью

6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет

7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей

8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают

9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше

10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи

11. Я здоров, и болезни меня не беспокоят

12. Моя болезнь протекает совершенно необычно — не так, как у других, и поэтому требует особого внимания

13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым

-537-

14. Я знаю, по чьей вине я заболел, и не прощу этого никогда

15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К ЛЕЧЕНИЮ

1. Избегаю всякого лечения — надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать

2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением

3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни

4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным

5. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь

6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств, процедур, меня уговаривают на никчемную операцию

7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных.

8. От лечения мне становится только хуже

9. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей

10. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить

11. Считаю, что меня лечат неправильно

12. Я ни в каком лечении не нуждаюсь

13. Мне надоело бесконечное лечение, хочу только, чтобы меня оставили в покое

14. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми

15. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К ВРАЧАМ И МЕДПЕРСОНАЛУ

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному

2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая

известность

3. Считаю, что заболел больше всего по вине врачей

4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат

5. Мне все равно кто и как меня лечит

6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-то важное, что может повлиять на успех лечения

7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь

8. Я обращаюсь то к одному то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения

9. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии

10. Я не раз убеждался, что врачи и медперсонал невнимательны и недобросовестно выполняют свои обязанности

П. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и персоналом и потом сожалею об этом

12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь

13. Считаю, что врачи и медперсонал на меня попусту тратят время

0. Ни одно из определений мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К РОДНЫМ И БЛИЗКИМ

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких меня перестали волновать

2. Я стараюсь родным и близким не показывать виду как я болен, чтобы не омрачать им настроения

3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного

4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды

5. Мои родные не хотят понять тяжести моей болезни и не сочувствуют моим страданиям

6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие

7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими

8. Из-за болезни потерялся всякий интерес к делам и волнениям близких и родных

9. Из-за болезни я стал в тягость близким

10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывают у меня неприязнь

11. Я считаю, что заболел из-за моих родных

12. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

-539-

ОТНОШЕНИЕ К РАБОТЕ (УЧЕБЕ)

1. Болезнь делает меня никуда не годным работником (не способным учиться)

2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)

3. Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной

4. Из-за болезни мне стало не до работы (не до учебы)

5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)

6. Считаю, что болезнь моя из-за того, что работа (учеба) причинили вред моему здоровью

7. На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне

8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)

9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше бы знали и говорили о моей болезни

10. Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)

11. Болезнь сделала меня на работе (на учебе) неусидчивым и

нетерпеливым

12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни

13. Все удивляются и восхищаются тем; что я успешно работаю (учусь) несмотря на болезнь

14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К ОКРУЖАЮЩИМ

1. Мне теперь все равно кто меня окружает и кто около меня
2. Мне хочется только, чтобы окружающие оставили меня в покое
3. Когда я заболел все обо мне забыли
4. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение
5. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни
6. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется
7. Мне бы хотелось, чтобы окружающие испытали на себе, как тяжело болеть
8. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей

болезни

9. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий
10. Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляют и поражают окружающих
11. С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни
12. Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу
13. Среди окружающих я теперь вижу, как много людей страдают от болезней
14. Общение с людьми мне теперь стало быстро надоедать и даже раздражает меня
15. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей
0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К ОДИНОЧЕСТВУ

1. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится легче
2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество
3. В одиночестве я стараюсь найти какую-нибудь интересную и нужную работу
4. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях
5. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди меня стали сильно раздражать
6. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям
7. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни
8. Мне стало все равно: что быть среди людей, что оставаться в одиночестве
9. Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения
10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К БУДУЩЕМУ

1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым
2. Мое здоровье не дает пока никаких оснований беспокоиться за будущее

3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях
4. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем
5. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем
6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)

7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем

8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за мое будущее

9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел

10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывают тоска и раздражение на других людей

11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее 0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ БЛАНК

Ф.И.О._____

Возраст _____

Пол м \ ж

Самочувствие 123456789 10 11 0

Настроение **123456789 10 11 12 0**

Сон и пробуждение ото сна 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 И 12 13 14 15 16 0

Аппетит и отношение к еде 123456789 10 0

Отношение к болезни 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Отношение к лечению 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Отношение к врачам и медперсоналу 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Отношение к родным и близким 123456789 10 11 12 0

Отношение к работе (учебе) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 0

Отношение к окружающим 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Отношение к одиночеству 123456789 10 0

Отношение к будущему 123456789 10 11 0

Обработка: за каждое совпадение выбранного ответа с нормативным (нормативы приведены ниже) начисляется один балл по тому или иному типу психического реагирования. Если в нормативном трафарете отмечены несколько типов на один ответ, то баллы начисляются по всем из них.

Нормативный трафарет:

Самочувствие	*Настроение*
1. Т	1.Ф
2. З	2.НЕНТЯ
3.Г	3.ООС
4. П	4.Г
5. И	5.ИЯ
6. Н	6.ТН
7. Т	7. А
10. ТН	10. П

11. ТТО	
Сон и пробуждение	*Аппетит и отношение*
ото сна	*к еде*
3. ТНО	1.С
4. А	2.ФП
11. С	СЗ.И
12. О	5.З
15. О	7.И
	8.Р
	9. И
Отношение к болезни	*Отношение к лечению*
1. Т	10. П
2. АА	11. П
3. ФФ	14. Г
4. С	0. ЗФР
5.	ОО
6.	И
7.	п
8.	З
9.	рр
10. И	

11.3

12. ЯЯ	
13. НН	
14. П	
15. Г	

Отношение к врачам и медперсоналу	*Отношение к родным и близким*
1.Г	2.СР
2. И	5. И
3.П	7.Я
8. Я	12. ГРР
9. Г	
10. НП	
Отношение к работе (учебе)	*Отношение к окружающим*
1.А	6.ЗЗ
5. С	9.Я
7.0	14. И
8.Ф	15. Г
9.Р	
10. РР	
Отношение к одиночеству	*Отношение к будущему*
1.АС	1.АА
5.НЯ	2.3Ф
9.ГФ	4.ЗЗ
10. СЯ	5.ГГ
0.Ф	7.А
8.ИСЯЯ	9.П

Интерпретация: заключение о преобладающем типе психического реагирования на заболевание делается на основании сравнения полученных при обработке данных испытуемого по всем типам реагирования с минимальными диагностическими числами. Диагностируются лишь те типы, которые оказываются равными или превышающими соответствующее минимальное диагностическое число.

Тип реагирования													
Минимальное диагностическое число													
Показатели испытуемого													

Обозначения: Г — гармоничный, Т — тревожный, И — ипохондрический, М — меланхолический, А — апатический, Н — неврастенический, О — обсессивно-фобический, С — сенситивный, Я — эгоцентрический, Ф — эйфорический, З — анозогнозический, Р — эргопатический, П — паранойяльный.

ПРИЛОЖЕНИЕ к теме: «НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА»

Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич)

Применяется для выявления и оценки невротических состояний.

Инструкция: испытуемому предлагается оценить свое текущее состояние по пятибалльной системе: 5 баллов — никогда не было, 4 балла — редко, 3 балла — иногда, 2 балла — часто, 1 балл —

постоянно или всегда.

1. Ваш сон поверхностный и неспокойный?
2. Замечаете ли Вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?
3. После сна Вы чувствуете себя усталым и «разбитым» (неот-дохнувшим)?
4. У Вас плохой аппетит?
5. У Вас бывают ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах?
6. Вам трудно бывает заснуть, если Вас что-либо тревожит?

7. Чувствуете ли Вы себя подавленным и угнетенным?
8. Чувствуете ли Вы у себя повышенную утомляемость, усталость?
9. Замечаете ли Вы. Что прежняя работа дается Вам труднее и требует больших усилий?
10. Замечаете ли Вы, что стали более рассеянным и невнимательным: забываете куда положили какую-нибудь вещь или не можете вспомнить, что только собирались делать?
11. Вас беспокоят навязчивые воспоминания?
12. Бывает ли у Вас ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет?
13. У Вас возникает страх заболеть тяжелым заболеванием (рак, инфаркт, психическое заболевание и т.д.)?
14. Вы не можете сдерживать слезы и плачете?

15. Замечаете ли Вы, что потребность в интимной жизни для Вас стала меньше или даже стала Вас тяготить?

16. Вы стали более раздражительны и вспыльчивы?

17. Приходит ли Вам мысль, что в Вашей жизни мало радости и счастья?

18. Замечаете ли Вы, что стали каким-то безразличным, нет прежних интересов и увлечений?

19. Проверяете ли Вы многократно выполненные действия: выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.?

20. Беспокоят ли Вас боли или неприятные ощущения в области сердца?

21. Когда Вы расстраиваетесь, у Вас бывает так плохо с сердцем, что Вам приходится принимать лекарства или даже вызывать «скорую помощь»?

22: Бывает ли у Вас звон в ушах или рябь в глазах?

23. Бывают ли у Вас приступы учащенного серцебиения?

24. Вы так чувствительны, что громкие звуки, яркий свет и резкие краски раздражают Вас?

25. Испытываете ли Вы в пальцах рук и ног, или в теле покалывание, ползание мурашек, онемение или другие неприятные ощущения?

26. У Вас бывают периоды такого беспокойства. Что Вы даже не можете усидеть на месте?

27. Вы к концу работы так сильно устаете, что Вам необходимо отдохнуть, прежде чем приняться за что-либо?

28. Ожидание Вас тревожит и нервирует?

29. У Вас кружится голова и темнеет в глазах, если Вы резко встанете или наклонитесь?

-546-

30. При резком изменении погоды у Вас ухудшается самочувствие?

31. Вы замечали как у Вас непроизвольно подергиваются голова и плечи, или веки, скулы, особенно, когда Вы волнуетесь?

32. У Вас бывают кошмарные сновидения?

33. Вы испытываете тревогу и беспокойство за кого-нибудь ил за что-нибудь?

34. Ощущаете ли Вы комок в горле при волнении?

35: Бывает ли у Вас чувство, что к Вам относятся безразлично, никто не стремится Вас понять и посочувствовать, и Вы ощущаете себя одиноким?

36. Испытываете ли Вы затруднения при глотании пищи, особенно Вы волнуетесь?

37. Вы обращали внимание на то. Что руки или ноги у Вас находятся в беспокойном движении?

38. беспокоит ли Вас, что вы не можете освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей(мелодия, стихотворение, сомнения)?

39. Вы легко потеете при волнениях?

40. Бывает ли у Вас страх оставаться в одиночестве в пустой квартире?

41. Чувствуете ли Вы у себя нетерпеливость, непоседливость или суетливость?

42. У Вас бывают головокружения или тошнота к концу рабочего дня?

43. Вы плохо переносите транспорт (Вас «укачивает» и Вам становится дурно)?

44. Даже в теплую погоду ноги и руки у вас холодные (зябнут)?

45. Легко ли Вы обижаетесь?

46. У Вас бывают навязчивые сомнения в правильности Ваших поступков или решений:

47. Не считаете ли Вы, что Ваш труд на работе или дома недостаточно оценивается окружающими?

48. Вам часто хочется побыть одному?

49. Вы замечаете, что Ваши близкие относятся к Вам равнодушно или даже неприязненно?

50. Вы чувствуете себя скованно или неуверенно в обществе?

51. Бывают ли у Вас головные боли?

52. Замечаете ли Вы, как стучит или пульсирует кровь в сосудах, особенно если вы волнуетесь?

- 547 -

53. Совершаете ли Вы машинально ненужные действия (потираете руки, поправляете одежду, приглаживаете волосы и т.д.)?

54. Вы легко краснеете или бледнеете?

55. Покрывается ли Ваше лицо, шея или грудь красными пятнами при волнениях?

56. Приходят ли Вам на работе мысли, что с Вами может неожиданно что-то случиться и Вам не успеют оказать помощь?

57. Возникают ли у вас боли или неприятные ощущения в области желудка, когда Вы расстраиваетесь?

58. Приходят ли Вам мысли, что Ваши подруги (друзья) или близкие более счастливы, чем Вы?

59. Бывают ли у Вас запоры или поносы?

60. Когда Вы расстраиваетесь у Вас бывает отрыжка или тошнота?

61. Прежде чем принять решение Вы долго колеблетесь?

62. Легко ли меняется Ваше настроение?

63. При расстройствах у Вас появляется зуд кожи или сыпь?

64. После сильного расстройства Вы теряли голос или у Вас отнимались руки или ноги?

65. У Вас повышенное слюноотделение?

66. Бывает ли, что Вы не можете один перейти улицу, открытую площадь?

67. бывает ли, что Вы испытываете сильное чувство голода, а едва начав есть, быстро насыщаетесь?

68. У Вас возникает чувство, что во многих неприятностях виноваты Вы сами?

Обработка: используются таблицы значений диагностических коэффициентов по шести шкалам:

Шкала тревоги

Номер вопроса	1 балл	2 балле	3 балла	4 балла	5 баллов
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
12	-1,08	-1,3	-0,6	0,37	1,44
26	-1,6	-1,34	-0,4	-0.6	0,88
28	-ЦП	0	0,54	1,22.	0,47

32	-0,9	-1,12	-0,41	0,41	1,3

Продолжение таблицы

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
33	-1,19	-0,2	1	1,04	0.4
37	-0,78	-1,48	-1,38	0,11	0,48
41	-1,26	-0,93	-0,4	0,34	1,24
50	-1,23	-0,74	0	0,37	0,63
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1.

Шкала невротической депрессии

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
2	-1,58	-1,45	-0,41	0,7	1,46
7	-1,51	-1,53	-0,34	0,58	1,4
15	-1,45	-1,26	-1	0	0,83
17	-1,38	-1,62	-0,22	0,32	0,75
18	-1,3	-1,5	-0,15	0,8	1,22
35	-1,34	-1,34	-0,5	0,3	0,73
48	-1,2	-1,23	0,36	0,56	0,2
49	-1,08	-1,08	- 1, 18	0	0,46
58	-1.2	-1,26	-0,37	*021*	0,42
68	-1,08	-0,54	-0,1	0,25	0,32

Шкала астении

Номе	1	2	3	4	5

р вопроса	балл	балла	балла	балла	баллов
3	-1,51	-1,14	-0,4	0,7	1,4
8	-1,5	-0,33	0,9	1,32	0,7
9	-1,3	-1,58	-0,6	0,42	1

Продолжение таблицы

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	S баллов
10	-1,62	-1,18	0	0,79	1,18
14	-1,56	-0,7	-0,12	0,73	1,35
16	-1,62	-0,6	0,26	0,81	1,24
24	-0,93	-0,8	-0,1	0,6	1,17
27	-1,19	-0,44	0,18	1,2	1,08
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
62	-0,5	-0,56	0,38	0,56	0

Шкала истерического типа реагирования

Номер вопроса	1 балд	2 балла	3 балла	4 балла	S баллов
5	-1,41	-1,25	-0,5	0,4	1,53
21	-1,2	-1,48	-1,26	-0,18	0,67
31	-1,15	-1,15	-0,87	-0,1	0,74
34	-1,48	-1,04	-0,18	1,11	0,5
35	-1,34	-1,34	-0,52	0,3	0,73
36	-1,3	-1,38	-0,64	-0,12	0,66
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
47	-1,38	-	-0,64	-0,44	0,52

		1,08			
49	-1,08	-1,08	-1,18	-0,1	0,46
57	--1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
64	-0,6	-1,26	-1,08	-0,38	0,23

Шкала обсессивно-фобических нарушений

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
11	-1,38	-1,32	-0,3	0,3	1,2
13	-1,53	- 1,38	-0,74	0,23	0,9
19	- 1,32	-0,63	0	0,99	1,2
38	-0,9	-1,17	-0,43	0,37	0,69
40	- 1,38	-0,67	-0,81	0,18	0,64
46	-1,34	-1,2	0,1	0,54	0,43
53	-0,78	-1,5	-0,35	0,27	0,36
56	-0,3	-1,2	-1,3	-0,67	0,33
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0.1
66	-1	- 0,78	-1,15	-0,52	0,18

Шкала вегетативных нарушений

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
1	-1,51	-1,6	-0,54	0,5	1,45
4	- 1,56	-1,51	-0,34	0,68	1,23
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
20	-1,3	- 1,58	-0,1	0,81	0,77
22	-1,08	-1,5	-0,71	0.19	0,92
23	- 1,8	-1,4	-0,1	0,5	1.22
25	- 1,15	- 1,48	-1	0,43	0,63

29	-1,6	-0,5	-0,3	0,62	0.9
30	-1,34	-0,7	-0,17	0,42	0,85
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,42	1,19
39	- 1,56	-0,43	-0,1	0,48	0,76

Продолжение таблицы

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
42	-1,3	-0,97	-0,4	-0,1	0,7
43	-1,11	-,044	0	0,78	0,45
44	-1,51	-0,57	- 0,26	0,32	0,63
51	-1,34	-0,78	0,2	0,31	1,4
52	-0,97	-0,66	-0,14	0,43	0,77
54	-0,93	-0,3	0,13	0,93	0,6
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
59	-1,08	-0,83	-0,26	0,24	0,55
63	-0,9	-1,15	-.1	-0,1	0,25
65	-1	-1,26	-0,22	-0,43	0,27
67	-0,7	-0,42	-0,55	0,18	0,4

Интерпретация: суммируют диагностические коэффициенты по шести шкалам и выстраивают график. Показатель больше + 1,28 указывает на уровень здоровья, меньше — 1,28 — болезненный характер выявляемых расстройств.

ПРИЛОЖЕНИЕ к теме: «ПСИХОЛОГИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ»

Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО)

Применяется для оценки выраженности девйантных и делинк-вентных форм поведения, а также акцентуаций характера подростков.

Инструкция: испытуемому предлагается выбрать из каждого раздела не более 3-х утверждений, которые отражают его мнение, либо ответ № 0 и занести номера выбранных ответов в бланк.

-552-

САМОЧУВСТВИЕ

1. У меня почта всегда плохое самочувствие

2. Я всегда себя чувствую бодрым и полным сил

3. Недели хорошего самочувствия чередуются у меня с неделями, когда я чувствую себя плохо

4. Мое самочувствие часто меняется — иногда по несколько "раз в неделю

5. У меня почти всегда что-нибудь болит

6. Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений и беспокойств

7. Плохое самочувствие появляется у меня от волнений и ожидания неприятностей

8. Я легко переношу боль и физические страдания

9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно

10. У меня случаются приступы плохого самочувствия с раздражительностью и чувством тоски

П. Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко

мне окружающие 12. Я очень плохо переношу боль и физические страдания и

очень их боюсь

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

НАСТРОЕНИЕ

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее

2. Мое настроение легко меняется от незначительных причин

3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в себе

4. Мое настроение очень зависит от общества, в котором я нахожусь

5. У меня почти всегда плохое настроение

6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия

7. Мое настроение улучшается, когда меня оставляют одного

8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим

9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев

10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня

11. Периоды очень хорошего настроения сменяются у меня периодами плохого настроения

12. Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

СОН И СНОВИДЕНИЯ

1. Я сплю хорошо, а сновидениям значения не придаю

2. Сон у меня богат яркими сновидениями

3. Перед тем, как уснуть я люблю помечтать

4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем

5. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко

6. Сон у меня очень крепкий, но иногда бывают жуткие, кошмарные сновидения

7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения

8. Бессонница у меня наступает периодически без особых причин

9. Я не могу спокойно спать, если утром надо вставать в определенный час

10. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть

11. Я часто вижу разные сны — то радостные, то неприятные

12. По ночам у меня бывают приступы страха

13. Мне часто снится, что меня обижают

14. Я могу свободно регулировать свой сон

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ПРОБУЖДЕНИЕ ОТО СНА

1. Мне трудно проснуться в назначенный час

2. Просыпаюсь с неприятной мыслью, что надо идти на работу или на учебу

3. В одни дни я встаю веселым и жизнерадостным, в другие — без всякой причины с утра угнетен и уныл

4. Я легко просыпаюсь, когда мне нужно

5. Утро для меня — самое тяжелое время суток

6. Часто мне не хочется просыпаться

7. Проснувшись, я нередко еще долго переживаю то, что видел во сне

8. Периодами я утром чувствую себя бодрым, периодами — разбитым

9. Утром я встаю бодрым и энергичным

10. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером

11. Нередко бывало, что, проснувшись, я не мог сразу сообразить, где я и что со мной

12. Я просыпаюсь с мыслью, что сегодня надо будет сделать

13. Проснувшись, я люблю полежать в постели и помечтать

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

АППЕТИТ И ОТНОШЕНИЕ К ЕДЕ

1. Неподходящая обстановка, грязь и разговоры о неаппетитных вещах никогда не мешали мне есть

2. Периодами у меня бывает волчий аппетит, периодами ничего есть не хочется

3. Я ем очень мало, иногда долго ничего не ем,

4. Мой аппетит зависит от настроения: то ем с удовольствием, то нехотя и через силу

5. Я люблю лакомства и деликатесы

6. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях

7. У меня хороший аппетит, но я не обжора

8. Есть кушанья, которые вызывают у меня тошноту и рвоту

9. Я предпочитаю есть немного, но очень вкусное

10. У меня плохой аппетит

11. Я люблю сытно поесть

12. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде

13. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность

14. Мне легко можно испортить аппетит

15. Еда меня интересует прежде всего как средство поддержать здоровье

16. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал

17. Я плохо переношу голод — быстро слабею

18. Я знаю, что такое чувство голода, но не знаю, что такое аппетит

19. Еда не доставляет мне большого удовольствия

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К СПИРТНЫМ НАПИТКАМ

1. Мое желание выпить зависит от настроения

2. Я избегаю пить спиртное, чтобы не проболтаться

3. Периодами я выпиваю охотно, периодами меня к спиртному не тянет

4. Люблю выпить в веселой хорошей компании

5. Я боюсь пить спиртное, потому что, опьянев, могу вызвать насмешки и презрение

6. Спиртное не вызывает у меня веселого настроения

7. К спиртному я испытываю отвращение

8. Спиртным я стараюсь заглушить приступ плохого настроения, тоски или тревоги

9. Я избегаю пить спиртное из-за плохого самочувствия и сильной головной боли впоследствии

10. Я не пью спиртного, так как это противоречит моим принципам

11. Спиртные напитки меня пугают

12. Выпив немного, я особенно ярко воспринимаю окружающий мир

13. Я выпиваю со всеми, чтобы не нарушать компанию

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

1. Половое влечение меня мало беспокоит

2. Малейшая неприятность подавляет у меня половое влечение

3. Я предпочитаю жить мечтами о подлинном счастье, чем разочаровываться в жизни

4. Периоды сильного полового влечения чередуются у меня с периодами холодности и безразличия

5. В половом отношении я быстро возбуждаюсь, но быстро успокаиваюсь и охладеваю

6. При нормальной семейной жизни не существует никаких половых проблем

7. У меня сильное половое влечение, которое мне трудно сдерживать

8. Моя застенчивость мне очень сильно мешает

9. Измены бы я никогда не простил

10. Я считаю, что половое влечение нельзя сдерживать, иначе оно мешает плодотворной работе

П. Наибольшее удовольствие мне доставляет флирт и ухаживание

12. Я люблю анализировать свое отношение к половым проблемам, свое собственное влечение

13. Я нахожу ненормальности в своем половом влечении и стараюсь бороться с ними

-556-

14. Считаю, что половым проблемам не следует придавать большого значения

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К ОДЕЖДЕ

1. Люблю костюмы яркие и броские

2. Считаю, что одетым надо всегда быть прилично, потому что «встречают по одежке»

3. Для меня главное, чтобы одежда была удобной, аккуратной и чистой

4. Люблю одежду модную или необычную, которая невольно привлекает взоры

5. Никогда не следую обшей моде, а ношу то, что мне самому понравилось

6. Люблю одеться так, чтобы было к лицу

7. Не люблю слишком модничать, считаю — надо одеваться как все

8. Часто беспокоюсь, что мой костюм не в порядке

9. Об одежде я мало думаю

10. Мне часто кажется, что окружающие осуждают меня за мой костюм

11. Предпочитаю темные и серые тона

12. Временами одеваюсь модно и ярко, временами своей одеждой не интересуюсь

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К ДЕНЬГАМ

1. Нехватка денег меня раздражает

2. Деньги меня совершенно не интересуют

3. Очень огорчаюсь и расстраиваюсь, когда денег не хватает

4. Не люблю заранее рассчитывать все расходы, легко беру в долг, даже если знаю, что к сроку отдать мне будет трудно

5. Я очень аккуратен в денежных делах, и зная неаккуратность многих, не люблю давать в долг

6. Если у меня взяли в долг, я стесняюсь об этом напомнить

7. Я всегда стараюсь оставить деньги про запас на непредвиденные расходы

8. Деньги мне нужны только для того, чтобы как-нибудь прожить

9. Стараюсь быть бережливым, но не скупым, люблю тратить деньги с толком

10. Всегда боюсь, что мне не хватит денег, и очень не люблю брать в долг

11. Периодами я к деньгам отношусь легко и трачу их не задумываясь, периодами все пугаюсь остаться без денег

12. Я никогда и никому не позволю ущемлять меня в деньгах

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К РОДИТЕЛЯМ

1. Очень боюсь остаться без родителей

2. Я считаю, что родителей надо уважать, даже если хранишь против них в сердце обиды

3. Люблю и привязан, но бывает, сильно обижаюсь и даже ссорюсь

4. В одни периоды мне кажется, что меня слишком сильно опекали, в другие — укоряю себя за непослушание и причиненные родным огорчения

5. Мои родители не дали мне того, что необходимо в жизни

6. Упрекаю их в том, что в детстве они недостаточно уделяли внимания моему здоровью

7. Очень люблю (любил) одного из родителей

8. Я люблю их, но не переношу, когда мною распоряжаются и командуют

9. Я очень люблю мать и боюсь, что с нею что-нибудь случится

10. Упрекаю себя за то, что недостаточно сильно люблю (любил) родителей

11. Они меня слишком притесняли и во всем навязывали свою волю

12. Мои родные меня не понимают и кажутся мне чужими

13. Я считаю себя виноватым перед ними

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К ДРУЗЬЯМ

1. Мне не раз приходилось убеждаться, что дружат из выгоды

2. Хорошо себя чувствую с тем, что мне сочувствует

3. Для меня важен не один друг, а дружный коллектив

4. Я ценю такого друга, который умеет меня выслушать, приободрить, вселить уверенность, успокоить

5. О друзьях, с кем пришлось расстаться, я долго не скучаю и быстро нахожу новых

6. Я чувствую себя таким больным, что мне не до друзей

7. Моя застенчивость мешает мне подружиться с тем, с кем хотелось бы

8. Я легко завязываю дружбу, но часто разочаровываюсь и охладеваю

9. Я предпочитаю тех друзей, которые внимательны ко мне

10. Я сам выбираю себе друга и решительно бросаю его, если разочаровываюсь в нем

11. Я не могу себе найти друга по душе

12. У меня нет никакого желания иметь друга

13. Периодами я люблю большие дружеские компании, периодами избегаю их и ищу одиночества

14. Жизнь научила меня не быть слишком откровенным даже с друзьями

15. Люблю иметь много друзей и тепло отношусь к ним

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К ОКРУЖАЮЩИМ

1. Я окружен глупцами, невеждами и завистниками

2. Окружающие мне завидуют и потому ненавидят меня

3. В одни периоды мне хорошо с людьми, в другие периоды они меня тяготят

4. Я считаю, что самому не следует выделяться среди окружающих

5. Стараюсь жить так, чтобы окружающие не могли сказать обо мне ничего плохого

6. Мне кажется, что окружающие меня презирают и смотрят на меня свысока

7. Легко схожусь с людьми в любой обстановке

8. Больше всего со стороны окружающих я ценю внимание к себе

9. Я быстро чувствую хорошее или недоброжелательное отношение к себе и так же отношусь сам

10. Я легко ссорюсь, но быстро и мирюсь

11. Я часто подолгу размышляю, правильно или неправильно я что-нибудь сказал или сделал в отношении окружающих

12. Людское общество меня быстро утомляет и раздражает

13. От о кружающих я стараюсь держаться подальше

- 559 -

14. Я не знаю своих соседей и не интересуюсь ими

15. Мне часто кажется, что окружающие подозревают меня в чем-то плохом

16. Мне приходилось от окружающих терпеть много обид и обманов, и это всегда настораживает меня

17. Мне часто кажется, что окружающие смотрят на меня как на никчемного и ненужного человека

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К НЕЗНАКОМЫМ ЛЮДЯМ

1. Я отношусь настороженно к незнакомым людям и невольно опасаюсь зла

2. Бывает, что совершенно незнакомый человек мне сразу внушает доверие и симпатию

3. Я избегаю новых знакомств

4. Незнакомые люди внушают мне беспокойство и тревогу

5. Прежде чем познакомиться, я всегда хочу узнать, что это за человек, что говорят о нем люди

6. Я никогда не доверяюсь незнакомым людям и не раз убеждался, что в этом я прав

7. Если незнакомые проявляют интерес ко мне, то и я с интересом отношусь к ним

8. Незнакомые люди меня раздражают, к знакомым я уже как-то привык

9. Я охотно и легко завожу новые знакомства

10. Временами я охотно знакомлюсь с новыми людьми, временами ни с кем знакомиться не хочется

11. В хорошем настроении я легко знакомлюсь, в плохом — избегаю знакомств

12. Я стесняюсь незнакомых людей и боюсь заговорить первым

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К ОДИНОЧЕСТВУ

1. Я считаю, что всякий человек не должен отрываться от коллектива

2. В одиночестве я чувствую себя спокойнее

3. Я не переношу одиночества и всегда стремлюсь быть среди людей

-560-

4. Периодами мне Лучше среди людей, периодами предпочитаю одиночество

5. В одиночестве я размышляю или беседую с воображаемым собеседником

6. В одиночестве я скучаю по людям, а среди людей быстро устаю и ищу одиночества

7. Большей частью я хочу быть на людях, но иногда хочется побыть одному

8. Я не боюсь одиночества

9. Я боюсь одиночества и тем не менее так получается, что нередко оказываюсь в одиночестве

10. Я люблю одиночество

11. Одиночество я переношу легко, если только оно не связано с неприятностями

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К БУДУЩЕМУ

1. Я мечтаю о светлом будущем, но боюсь неприятностей и неудач

2. Будущее кажется мне мрачным и бесперспективным ,

3. Я стараюсь жить так, чтобы будущее было хорошим

4. В будущем меня больше всего беспокоит мое здоровье

5. Я убежден, что в будущем исполнятся мои желания и планы

6. Не люблю много раздумывать о своем будущем

7. Мое Отношение к будущему часто и быстро меняется: то строю радужные планы, то будущее мне кажется мрачным

8. Я утешаю себя тем, что в будущем исполнятся все мои желания

9. Я всегда невольно думаю о возможных неприятностях и бедах, которые могут случиться в будущем

10. Мои планы на будущее я люблю разрабатывать в малейших деталях, и во всех деталях стараюсь их осуществить

11. Я уверен, что в будущем докажу всем свою правоту

12. Я живу своими мыслями, и меня мало волнует, каким в действительности окажется мое будущее

13. Периодами мое будущее кажется мне светлым, периодами — мрачным

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

-561-

ОТНОШЕНИЕ К НОВОМУ

1. Периодами я легко переношу перемены в своей жизни и даже люблю их, но периодами начинаю их бояться и избегать

2. новое меня привлекает, но вместе с тем беспокоит и тревожит

3. Я люблю перемены в жизни — новые впечатления, новых людей, новую обстановку

4. У меня бывают моменты, когда я жадно ищу новые впечатления и новые знакомства, но бывает, когда я избегаю их

5. Я люблю сам придумывать новое, все переиначивать и делать по-своему, не так, как все

6. Новое меня привлекает, но часто быстро утомляет и надоедает

7. Не люблю всяких новшеств, предпочитаю раз установленный твердый порядок

8. Я боюсь перемен в жизни: новая обстановка меня пугает

9. Новое приятно, если только обещает для меня что-то хорошее

10. Меня привлекает лишь то новое, что соответствует моим принципам и интересам

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К НЕУДАЧАМ

1. Свои неудачи я переживаю сам и ни у кого не ищу сочувствия и помощи

2. Периоды, когда я активно борюсь с неудачами, чередуются у меня с периодами, когда у меня от малейших неудач опускаются руки

3. Неудачи приводят меня в отчаяние

4. Неудачи вызывают у меня сильное раздражение, которое я изливаю на невинных

5. Если случается неудача, я всегда ищу, что же я сделал неправильно

6. Неудачи вызывают у меня протест и негодование и желание их преодолеть

7. Если в моих неудачах кто-то виноват, я не оставляю его безнаказанным

-562-

8. При неудачах мне хочется убежать куда-нибудь подальше и не возвращаться

9. Бывает, что малейшие неудачи приводят меня в уныние, но бывает, что серьезные неприятности я переношу стойко

10. Неудачи меня угнетают, и я прежде всего виню самого себя

11. Неудачи меня не задевают, я не обращаю на них внимания

12. При неудачах я еще больше мечтаю о свершении своих желаний

13. Я считаю, что при неудачах нельзя отчаиваться

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К ПРИКЛЮЧЕНИЯМ И РИСКУ

1. Люблю всякие приключения, даже опасные, охотно иду на риск

2. Я много раз взвешиваю все «за» и «против» и все никак не решаюсь рискнуть

3. Мне не до приключений, а рискую я только, если к этому принуждают обстоятельства

4. Я не люблю приключений и избегаю риска

5. Я люблю мечтать о приключениях, но не ищу их в жизни

6. Временами я люблю приключения и часто рискую, но временами приключения и риск становятся мне не по душе

7. Приключения я люблю только веселые и те, что хорошо кончаются, а рисковать не люблю

8. Я специально не ищу приключений и риска, но иду на них, когда этого требует мое дело

9. Приключения и риск меня привлекают, если в них мне достается первая роль

10. Бывает, что риск и азарт меня совершенно опьяняют

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЮ К ЛИДЕРСТВУ

1. Я могу идти впереди других в рассуждениях, но не в действиях

2. Я люблю быть первым в компании, руководить и направлять других

3. Я люблю опекать кого-либо одного, кто мне понравится

4. Я всегда стремлюсь учить людей правилам и порядку

- 563 -

5. Одним людям я нехотя подчиняюсь, другими командую сам

6. Периодами я люблю «задавать тон», быть первым, но периодами мне это надоедает

7. Я люблю быть первым там, где меня любят; бороться за первенство я не люблю

8. Я не умею командовать другими

9. Я не люблю командовать людьми — ответственность меня пугает

10. Всегда находятся люди, которые слушаются меня и признают мой авторитет

11. Я люблю быть первым, чтобы мне подражали, за мной бы следовали

12. Я охотно следую за авторитетными людьми

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К КРИТИКЕ И ВОЗРАЖЕНИЯМ

1. Я не слушаю возражений и критики и всегда думаю и делаю по-своему

2. Слушая возражения и критику, я ищу довода в свое оправдание, но не всегда решаюсь его высказать

3. Возражения и критика меня особенно раздражают, когда я устал и плохо себя чувствую

4. Критика и осуждения в мой адрес лучше равнодушия и пренебрежения ко мне

5. Не люблю, когда меня критикуют и мне возражают — сержусь и не всегда могу сдержать свой гнев

6. Когда меня критикуют или мне возражают, это меня сильно огорчает и приводит в уныние

7. От критиков мне хочется убежать подальше

8. В одни периоды критику и возражения переношу легко, в другие — очень болезненно

9. Возражения и критика меня очень огорчает, если они резкие и грубые по форме, даже если они качаются мелочей

10. Я не слышал еще справедливой критики в свой адрес или справедливых возражений моим доводам

11. Я стараюсь правильно реагировать на критику

12. Я убедился, что критикуют обычно только для того, чтобы тебе напакостить или самим выдвинуться

13. Если меня критикуют или мне возражают, мне всегда начинает казаться, что другие правы, а я — нет

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К ОПЕКЕ И НАСТАВЛЕНИЯМ

1. Я слушаю наставления только тех, кто имеет на это право

2. Я охотно слушаю те наставления, которые касаются моего здоровья

3. Не выношу, когда меня опекают и за меня все решают

4. Я не нуждаюсь в наставлениях

5. Я охотно слушаюсь того, кто, знаю, меня любит

6. Я стараюсь слушать полезные наставления, но это не всегда у меня получается

7. Временами все наставления пролетают мимо моих ушей, а временами я ругаю себя за то, что не слушал их раньше

8. Совершенно не переношу наставления, если они делаются начальственным тоном

9. Я внимательно слушаю наставления и не противлюсь, когда меня опекают

10. Я охотно слушаю те наставления, что мне приятны, и не переношу тех, что мне не по душе

11. Я люблю, когда обо мне заботятся, но не люблю, чтобы мною командовали

12. Я не решаюсь прервать даже вовсе никчемные для меня наставления или избавиться от ненужного для меня покровительства

13. Наставления вызывают у меня желание делать все наоборот

14. Я допускаю опеку над собой в повседневной жизни, но не над моим душевным миром

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К ПРАВИЛАМ И ЗАКОНАМ

1. Когда правила и законы мне мешают, это вызывает у меня раздражение

2. Всегда считаю, что для интересного и заманчивого дела всякие правила и законы можно обойти

3. Логически обоснованные правила я стараюсь соблюдать

4. Я часто боюсь, что меня по ошибке примут за нарушителя законов

5. Ужасно не люблю всякие правила, которые меня стесняют

6. Периоды, когда я не очень слежу за тем, чтобы соблюдать все правила и законы, чередуются с периодами, когда я упрекаю себя за недисциплинированность

7. Всякие правила и распорядки вызывают у меня желание нарочно их нарушать

8. Правила и законы я всегда соблюдаю

9. Всегда слежу за тем, чтобы все соблюдали правила

10. Часто упрекаю себя за то, что нарушал правила и не строго соблюдал законы

11. Я стремлюсь соблюдать правила и законы, но это не всегда мне удается

12. Строго следую тем правилам, которые считаю справедливыми, борюсь с теми, которые считаю несправедливыми

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОЦЕНКА СЕБЯ В ДЕТСТВЕ

1. В детстве я был робким и плаксивым

2. Очень любил сам сочинять всякие сказки и фантастические истории

3. В детстве я избегал шумных подвижных игр

4. Я был как все дети и ничем не отличался от моих сверстников

5. Периодами мне кажется, что в детстве я был живым и веселым, периодами начинаю думать, что был очень непослушным и беспокойным

6. Я с детства был самостоятельным и решительным

7. В детстве я был веселым и отчаянным

8. В детстве я был обидчивым и чувствительным

9. В детстве я был очень непоседливым и болтливым

10. В детстве я был таким же, как сейчас: меня легко было огорчить, но легко успокоить и развеселить

11. С детства я стремился к аккуратности и порядку

12. В детстве я любил играть один или смотреть издали, как играют другие дети

13. В детстве я больше любил беседовать со взрослыми, чем играть с ровесниками

14. В детстве я был капризным и раздражительным

15. В детстве я плохо спал и плохо ел

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К ШКОЛЕ

1. Любил вместо школьных занятий отправиться с приятелями погулять или сходить в кино

-566-

2. Сильно переживал замечания и отметки, которые меня не удовлетворяли

3. В младших классах любил школу, потом она стала меня тяготить

4. Периодами любил школу, периодами она мне начинала надоедать

5. Не любил школу, потому что все педагоги относились ко мне несправедливо

6. Школьные занятия меня очень сильно утомляли

7. Больше всего любил школьную самодеятельность

8. Любил школу, потому что там была веселая компания

9. Стеснялся ходить в школу: боялся насмешек и грубости

10. Очень не любил физкультуры

11. Посещал школу регулярно и всегда активно участвовал в общественной работе

12. Школьная обстановка меня очень тяготила

13. Старался аккуратно выполнять все задания

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОЦЕНКА СЕБЯ В ДАННЫЙ МОМЕНТ

1. Мне не хватает холодной рассудительности

2. Временами я доволен собой, временами ругаю себя за нерешительность и вялость

3. Я слишком мнителен, без конца тревожусь и беспокоюсь обо всем

4. Я не виновен в том, что возбуждаю зависть у других

5. Мне не хватает усидчивости и терпения

6. Считаю, что я ничем не отличаюсь от большинства людей

7. Мне не хватает решительности

8. Я не вижу у себя больших недостатков

9. В хорошие минуты я вполне доволен собой, в минуты дурного настроения мне кажется, что мне не хватает то одного, то другого качества

10. Я слишком раздражителен

11. Другие находят у меня крупные недостатки, я считаю, что они преувеличивают

12. Я страдаю от того, что меня не понимают

13. Я чрезмерно чувствителен и обидчив

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

Обработка: используя приведенные ниже коды, производится оценка тех или иных особенностей испытуемого.

-567-

Самочувствие				*Настроение*				*Сон и сновидения*		
1				1	Н			1	Н	
2				2				2		
3				6	А			3		
4				7				4	d	
5	А			10	Л			5		
8				11				6		
9	Н			12				7		
10								10	А	
								14		

Пробуждение ото сна				*Аппетит и отношение к себе*				*Отношение к спиртному*		
1				1				1	2	
2				2				3	1	
3				3		Э		4	Т + 2	- 1
4				5	ЛП			5	- 1	2
7				6	Т			6	- 1	1
8				11				7	- 3	Л 2

9	Н			16				8	1	
11				17				9		
12								0	Ш 3	1
								1		И
								2	d	
								3		Д
										Э

Сексуальные проблемы				*Отношение к одежде*				*Отношение к деньгам*		
1	Н			1		В		2		ИД
2				4	И			4		
5		Н		5	С			6	А	И
7		В		6						
8		И								
11		С								
13	ТТ	Л								
14	И									

Отношение к родителям				*Отношение к друзьям*				*Отношение к окружающим*		
1				1				2		
3	ЛВ			3	Ц			7		
5				4				10		
8				6				13		
9	П			7	С			16		
11		лп		2						
12	Е			4						
13	d			5						
0	Е									

Отношение к незнакомым				*Отношение к одиночеству*				*Отношение к будущему*		
1	Э			1		Ш		5	г	
2		Э		2	ш			7		
8		П		3	эн	П		8		
9	Ц			4	А			10		
12	С			5		ИВ		11		
				6						
				8						

Отношение к новому				*Отношение к неудачам*				*Отношение к риску*		
5	Ш			1	Ш В	П П		1	Г	С С
6		э		2		Э Э		2	С	
7		ид		3	Э	В		3	С	
8	d			5	И			5		Э Э
9	ЛЭ			7	33 d			6	В	
10	ПШ			8		Л		9	Г	
				10	П	Ц		10		Л Н
				13	К					

Отношение к лидерству				*Отношение к критике*				*Отношение к опеке*		
1	ц			1	Ш Ш	К		1	Ц П	
4		и		5	Е	л		2	Э Э	
7	пп			7	Не d			3	Д Е	
8	лс			8-	Т			4	Е	
9		и		9	А			6	Ц П	
				10	Е	пп		8	Е	
				11	Ц	d		9		И
				12	Е	И		11	И	

									И	
				0	О Е	А О		12		И
								13	Е	
								14	Е	
								0	О Е	

Отношение к правилам				*Оценка себя в детстве*				*Отношение к школе*			
1	Е	К		2	Г			1	гэ и		
2	ГГ Е	С		4	д	ц		2	э	ээ н	
4	d	г		7	г	с		3	Ц		
5	Е	л		8	С С			6	d		
7	Е	ц		10	Л			9		и	
8		ddd		11		И И		11		Ш ш	
9		И		12		л		13	ц	d	
1 0	d			13	И						
1 1	Л			14	Э Э	л					
0	ОЕ										

Оценка себя в данный момент		
1		Г
2	ТТ	
3	А	
6		пп
8	эи	А
11	d	

12	ШИ	
13	С	

Интерпретация: *Типы акцентуаций характера*

Г — гипертимный

Ц — циклотимный

Л — лабильный

А — астено-невротический

С — сенситивный

П — психастенический

Ш — шизоидный

Э — эпилептоидный

И — истероидный

Н — неустойчивый

К — конформный

Дополнительные показатели:

Д — показатель диссимуляции Т — показатель откровенности

В — показатель черт характера, присущих органическим психопатиям

Е — степень отражения реакции эмансипации в самооценке d — показатель психологической склонности к делинквентности

-571-

Определение степени конформности.

Если К=1 или К=0, то это свидетельствует о низкой конформности или даже о нонконформизме. В самооценке это наиболее присуще представителям шизоидного и истероидного типов. При К=2 или К=3 конформность умеренная, при К=4 и К=5 — средняя, а при К=6 и более — высокая.

Определение негативного отношения к исследованию.

Величина показателя 0, равная 6 и более баллам, свидетельствует о скрытом негативном отношении к исследованию. Надежность правильности диагностики типа при этом снижается.

Определение возможной склонности к диссимуляции.

Если показатель Д превышает показатель Т на 4 и более баллов, то это свидетельствует в пользу возможной диссимуляции. Констатация возможной диссимуляции снижает надежность диагностики типа и практически полностью исключает правильную диагностику типов Ц и К. Сам по себе высокий показатель Д, особенно если Д=6 и более балам, наиболее часто встречается у представителей типа Н.

Диагностика органической природы психопатии или акцентуации характера.

Указание на возможную органическую природу может быть получено с помощью индекса В (Brain minimal damage), если его величина равна 5 и более баллам. Показатель В<5 не исключает органического генеза, т.к. лишь у 45% органических психопатий показатель В=5 и более баллам. Обратная ошибка (В большее и равен) при отсутствии каких-либо признаков органического резидуума, черепно-мозговых травм, инфекций или тяжелых неироинтоксика-ций в анамнезе не превышает 8%. Высокий индекс В часто встречается также у представителей типа Э.

Оценка реакции эмансипации,

точнее ее отражение в самооценке, но не в поведении, проводится на основании показателя E; если он равен 0 или 1 -= реакция

-572-

эмансипации слабая, если E=2 или 3 — типы С и П не диагностируются независимо от числа баллов в их пользу, т.к. представителям этих типов выраженная реакция эмансипации не свойственна. Высокий показатель E, равный 6 и более баллам, чаще всего встречается у представителей типов Ш и И. По-видимому, это связано с нередко присущим представителям этих типов нонконформизмом. Следует отметить, что у гипергимного типа реакция эмансипации нередко бывает сильно выражена в поведении, но ее отражение в самооценке гораздо более умеренное.

Оценка психологической склонности к делинквентности

на основании показателя d неодинакова для подростков мужского и женского пола и для представителей разных типов. В данном коде даны баллы для подростков мужского пола. Низкий балл делинквентности вовсе не свидетельствует об отсутствии склонности к ней (кроме случаев, где диагностирован тип С). Указанием на возможную склонность к делинквентности служит показатель d, если он равен 4 баллам и более. При типах Ш и Н склонность к делинквентности не может быть определена с помощью данного показателя. У представителей типа Ш этот показатель может быть весьма высоким безо всякой склонности к делинквентности. При типе Н он обычно низок, но представители этого типа не нуждаются в выявлении склонности к делинквентности с помощью особого показателя, т.к. в условиях безнажзорности они, как правило, обнаруживают делинквентное поведение.

Оценка психологической склонности с алкоголизации.

Цифровые баллы за выборы, сделанные по теме «Отношение к спиртным напиткам» в 1 и 2 исследованиях, суммируются алгебраически, т.е. с учетом знака. При суммарной величине +2 и выше можно говорить о наличии психологической склонности к употреблению спиртных напитков. Очень высокие показатели (+6 и выше) свидетельствуют не об интенсивной алкоголизации, а о стремлении демонстрировать свою склонность к вьшивкам (чаще встречается у представителей типа И). Отрицательная величина говорит об отсутствии психологической склонности к алкоголизации, величина, равная 0 или +1, является неопределенным результатом.

-573-

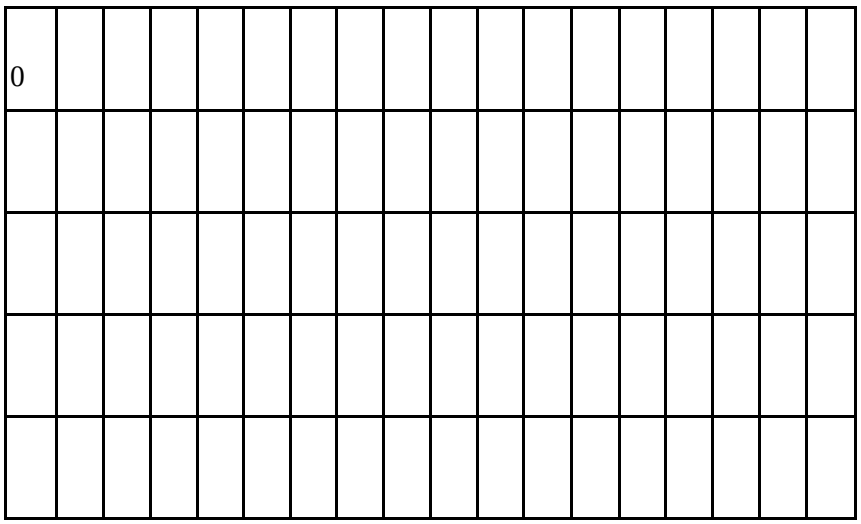
График

(знаком * отложены дополнительные баллы в пользу типа Ш,

1 балл за К=1 и 1 балл за d=6)

Для подсчета баллов суммируются баллы, полученные в 1 и во

2 исследованиях.



Дополнительные баллы, начисляемые но шкале объективной оценки.

Показатели по графику	*Начисляем*
шкалы объективной оценки	
Г=0 или 1	п, с
Ц >6	Л
А>4	Л
П=0 или 1	Н
Н=0 или 1	П
К=0	Ш, Ш, И
К=1	Ш
Д>6	Н
т>д	п, п, ц
В=5	э
В>6	э, э
Е>6	ш, и
d>5	ш

(знак > обозначает больше или равно)

Наличие ошибок в выборах (один и тот же номер выбора на одну тему в 1 и 2 исследованиях): за 1 ошибку Э

за 2 и более Э, Э

Опросник для выявления ранних признаков алкоголизма (К.К.Яхнн, В.Д.Менделевич)

Применяется с целью выявления признаков алкоголизма и бытовых форм пьянства.

Инструкция: испытуемый должен отметить знаком«+» те утверждения, с которыми согласен, знаком «—» те, с которыми не согласен.

1. Принято ли у Вас хранить в доме запасы спиртных напитков?
2. Легко ли Вас переспорить?
3. Откажитесь ли Вы от затеи выпить, если у Вас не хватит немного денег?
4. Верно ли, что нужно много доказательств для убеждения людей в какой-нибудь истине?
5. Приходилось ли Вам одалживать деньги на выпивку?
6. Верно ли, что большинство людей честны лишь из-за страха на обмане попасться?
7. Вы считаете, что Ваша семейная жизнь такая же хорошая, как у большинства Ваших знакомых?
8. Бывает ли, что Вас иногда подмывает затеять с кем-нибудь Драку?
9. Бывают ли у Вас периоды, когда Вы что-то делали, а потом не знали, что именно Вы делали?
10. Верно ли, что скандал из-за лишней рюмки часто разрушает семью?
11. Вам все равно, что о Вас думают другие?
12. Высчитаете, что «длинные» тосты мешают хорошему проведению застолья?
13. Верно ли, что жены сами часто виноваты в том, что их мужья много пьют?
14. Ваши родственники часто были настроены против Ваших знакомых?
15. Считаете ли Вы проявлением неуважения к компании, если человек отказывается от выпивки, ссылаясь на состояние своего здоровья?

-575-

16. Верно ли, что единственная интересная страница в газетах— это раздел юмора?
17. Глупо осуждать человека, обманувшего того, кто сам позволяет себя обманывать?
18. Оправдываете ли Вы начальство за выговор человеку, пришедшему на работу с похмелья после поминок?
19. Думаете ли Вы в разгар застолья о том, чтобы «припасти» спиртное на утро?
20. Приходилось ли Вам сожалеть (испытывать чувство неловкости) о своем поведении в нетрезвом виде, о котором Вы сами не помните?
21. Прежде чем что-нибудь сделать Вам обычно необходимо остановиться и подумать, даже если речь идет о мелочах?
22. Может ли умеренно пьющий человек случайно попасть в медвытрезвитель?
23. Ослабевает ли у Вас желание выпить после сытного обеда?
24. Считаете ли Вы, что будущее настолько неопределенно, что бессмысленно строить какие-либо серьезные планы?
25. Играете ли Вы в домино, в шашки во дворе после работы?
26. Меняют ли Ваше настроение мысли о предстоящей выпивке?
27. Опохмеляетесь ли Вы?

28. Бывает ли, чтобы Вы не помнили на утро то, что делали в нетрезвом виде накануне?

29. Ограничиваете ли Вы гостей в выпивке у себя дома?

30. Часто ли на следующий день после выпивки Вы плохо себя чувствуете?

31. Легко ли изменить мнение, если до этого оно казалось Вам окончательным?

32. Приходилось ли Вам изредка сожалеть о том, что не хватает выпивки?

33. Замечаете ли Вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?

34. После сна Вы чувствуете себя усталым и «разбитым» (неот-дохнувшим)?

35. Замечаете ли Вы, что прежняя работа дается Вам труднее и требует больших усилий?

Обработка: выбранные ответы анализируют на основании диагностических таблиц, суммируя полученные баллы (коэффициенты) по всем вопросам.

- 576 -

Таблица диагностических коэффициентов

Вопрос	Да	Нет	Вопрос	Да	Нет
1	2,6	-1,1	18	-3	2,6
2	-2,6	0,4	19	-8,1	1,5
3	-1,3	1,3	20	-5,3	8,8
4	-2	1,5	21	-3,4	4,8
5	-9,5	35	22	-3	5,1
б	-3	0,8	23	-3,4	3,8
7	[1] 2,6	-4,5	24	-9	1,8
8	3,8	1,1	25	-16	2,3
9	-5,5	1,5	26	-3,8	3
10	-1,8	5,1	27	-17	3,8
11	-12,6	0,8	28	-5,3	2,8
12	-4,2	1,5	29	-2	3,4
13	1,5	-2	30	-2,3	3,8
14	-4,5	1,8	31	-4,5	1,8
15	-12,6	0,8	32	-5,3	2,6
16	-12	1,5	33	-11	4,5
17	-6	3,8	34	-7	2,3
			35	-6	1,8

Интерпретация: уровень алкоголизма — ниже — 12,8 баллов; уровень бытового пьянства от + 12,8 до — 12,8; уровень здоровья — выше + 12,8 баллов.

-577-

ПРИЛОЖЕНИЕ к теме: ВОЗРАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Тестовая оценка знаний юношеской психологии

Применяется для оценки знаний специалиста или испытуемого в области психологических особенностей подростков.

Инструкция: испытуемому предлагают ответить на вопросы используя следующие ответы: «+» — *согласен,* «—» — *несогласен,* «?» — *затрудняюсь ответить.*

1. Поверхностность — характерная черта юношей.

2. По сравнению со взрослыми юноши более склонны к теоретизированию.

3. Если юноши думают в большей степени о действительном (о том. что уже есть), то взрослые выносят на первый план возможное (то, что ожидается в будущем).

4. Юношескому возрасту присуща категоричность суждений.

5. Взрослые в большей степени, чем юноши, склонны к поиску общих принципов и законов поведения людей.

6. Юноши склонны преувеличивать уровень своих знаний и переоценивать свои умственные возможности.

7. К детям в большей степени, чем к юношам, нужен индивидуальный подход в обучении и воспитании.

8. Повышенная эмоциональная возбудимость и эмоциональная напряженность — характерные черты юношеского возраста.

9. Чувство юмора возникает и проявляется скорее в детском, чем юношеском возрасте.

10. Дети в большей степени, чем юноши, склонны к «праздным» разговорам и спорам об отвлеченных предметах.

11. Среди взрослых меланхолики встречаются чаще, чем среди юношей.

12. В произведениях художественной литературы юношей больше интересуют реальные поступки и события, чем мысли и чувства действующих лиц, связанные с этими поступками и событиями.

- 578 -

13. Детям в большей степени, чем юношам, свойственно подчеркивать свои отличия от других людей.

14. «Чувство одиночества» — характерное переживание юношеского возраста.

15. Субъективная скорость течения времени с возрастом заметно замедляется.

16. Особенности своей внешности и своего физического развития больше волнуют юношей, чем детей.

17. Чувство неудовлетворенности собой тем в большей степени присуще юноше, чем ниже уровень его интеллектуального развития.

18. Жалобы на недостаточно развитые волевые качества (на неустойчивость, подверженность влиянию и т.п.) — характерная черта юношеской самооценки.

19. Юноши ценят в педагоге его «человеческие качества» (сердечность, способность к сопереживанию и т.п.) выше, чем его профессиональную компетентность.

20. Юноши склонны предъявлять максималистские требования к коллективу.

21. Юноши обычно выше оценивают степень своего контакта с педагогом, чем сами педагоги.

22. Трудности коммуникативного характера у юношей проявляются в большей степени, чем у детей и взрослых.

23. Юноши обычно больше интересуются музыкой, чем художественной литературой.

24. Стремление привести свою жизнь в соответствие с теми или иными правилами в большей степени присуще взрослым, чем юношам.

Обработка: При обработке результатов тестирования — за каждый совпадающий с «ключом» ответ испытуемому приписывается 1 балл, за каждое несовпадение — 0 баллов. Полученные по каждому обследованному тестовые результаты («сырые единицы») переводятся в стандартные (Т-единицы).

-579-

КЛЮЧ

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	+	9	—	17	—
2	+	10	—	18	+
3	—	11	—	19	+
4	+	12	—	20	+
5	—	13	—	21	—
6	+	14	+	22	+
7	—	15	—	23	—
8	+	16	+	24	—

Таблица перевода «сырых» единиц в стандартные

"сырые единицы"	Т единицы	"сырые единицы"	Т единицы	"сырые единицы"	Т единицы
1	14	9	40	17	67
2	17	10	43	18	70
3	20	11	47	19	73
4	23	12	50	20	77
5	27	13	53	21	80

6	30	14	57	22	83
7	34	15	60	23	86
8	37	16	63	24	90

Интерпретация: Высокий уровень знаний юношеской психологии — более 60 Т-единиц, средний — 40-60 Т-единиц, низкий — менее 40 Т-единиц.

-580-

ОТВЕТЫ к программированному контролю

Глава 1. «МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	д	8	а	15	б
2	г	9	б	16	в
3	г	10	в	17	г
4	г	11	в	18	г
5	а	12	а	19	г
6	г	13	д	20	б
7	в	14	а		

Глава 2. «КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	в	8	а	15	в
2	а	9	г	16	б
3	д	10	б	17	б
4	б	И	в	18	б
5	а	12	б	19	д
6	д	13	г	20	а
7	б	14	а		

-581-

Глава 3. «ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ»

№ вопроса	ответ	N° вопроса	ответ	N° вопроса	ответ
1	б	11	б	21	б
2	б	12	в	22	Д
3	в	13	в	23	а
4	д	14	а	24	б
5	г	15	б	25	б
6	г	16	б	26	д
7	б	17	в	27	а
8	а	18	Д	28	г
9	г	19	б	29	б
10	в	20	г	30	в

Глава 4. «ПСИХОЛОГИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗ-ЛИЧИЙ»

№ вопроса	ответ	N° вопроса	ответ	N° вопроса	ответ
1	Д	8	б	15	а
2	в	9	д	16	в
3	а	10	в	17	а
4	б	11	д	18	а
5	а	12	а	19	а
6	а	13	г	20	д
7	б	14	б		

Глава 5. «ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	а	11	г	21	в
2	б	12	а	22	б
3	Д	13	г	23	г
4	б	14	в	24	а

5	б	15	г	25	г
6	б	16	Д	26	б
7	а	17	б	27	д
8	д	18	в	28	в
9	в	19	г	29	б
10	б	20	д	30	б

Глава 6. «ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ»

N° вопроса	ответ	N° вопроса	ответ	N° вопроса	ответ
1	Д	6	а	11	а
2	б	7	Д	12	б
3	д	8	в	13	Д
4	в	9	б	14	г
5	б	10	б	15	а

Глава 7. «НЕВРОТИЧЕСКИЕ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА»

N° вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	д	11	б	21	б
2	б	12	Д	22	г
3	д	13	б	23	а
4	а	14	г	24	б
5	а	15	а	25	д
6	в	16	г	26	д
7	д	17	*г*	27	а
8	г	18	г	28	в
9	б	19	в	29	в
10	а	20	д	30	б

Глава 8. «ПСИХОЛОГИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	д	11	д	21	г
2	а	12	г	22	г
3	в	13	в	23	г
4	д	14	б	24	г
5	а	15	д	25	б
6	г	16	в	26	в
7	в	17	б	27	б
8	в	18	д	28	д
9	б	19	б	29	д
10	б	20	а	30	б

Глава 9. «СПЕЦИАЛЬНЫЕ РАЗДЕЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	а	8	д	15	б
2	г	9	в	16	Д
3	д	10	д	17	д
4	б	11	б	18	г
5	г	12	б	19	б
6	а	13	в	20	Д
7	а	14	б		

Глава 10. «ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	в	8	в	15	Д

2	а	9	б	16	б
3	б	10	а	17	в
4	д	11	в	18	д
5	а	12	д	19	г
6	а	13	б	20	в
7	Д	14	д		

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ (Квалификационная характеристика медицинского психолога; место клинической психологии в психологии и медицине).....3

Глава 1. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.....10

Клиническое интервьюирование (Принципы, этапы).

Экспериментально-психологические (пато- и нейропсихологические) методы обследования (Патопсихологическая оценка нарушений: Внимания; Памяти; Восприятия; Мышления; Интеллекта; Эмоций; Индивидуально-психологических особенностей; Экспериментальное нейропсихологическое исследование: Речи; Письма; Чтения; Счета; Праксиса; Восприятия шума, ритмов, мелодий; Схемы тела; Ориентировки в пространстве; Стереогнозиса; Зрительного гнозиса).

Оценка эффективности психокоррекционного и психотерапевтического воздействия.

Глава 2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ.....62

Принципы разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов (Диагностические принципы-альтерантивы: Болезнь-личность; нозос-патос; реакция-состояние-развитие; психотическое-непсихотическое; экзогенное-психогенное-эндогенное; дефект-выздоровление-хронификация; Апашаци-дезадаптация; Компенсация-декомпенсация; Негативное-позитивное).

Феноменология клинических проявлений.

Глава 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ.....113

Семиотика (Ощущения; Восприятие; Внимание; Память; Мышление; Интеллект; Эмоции; Воля; Сознание).

Психологические феномены и патопсихологические синдромы при психических заболеваниях (Невротические расстройства; Расстройства личности; Шизофрения; Эпилептические психические расстройства; Органические психические расстройства).

Глава 4. ПСИХОЛОГИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ.....176

Темперамент (систематика, клиническая характеристика).

Характер (понятие гармоничного характера, составляющие, акцентуации характера, клинические особенности).

Личность (структура личности, понятие гармоничной личности, теории личности).

Глава 5. ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО.....221

Психическое реагирование на заболевание и психология соматически больного (Пол; Возраст; Профессия; Особенности темперамента; Особенности характера; Личностные особенности; Типы психического реагирования)

Психологические особенности больных с различными соматическими заболеваниями (Онкологическая патология; Акушерская и гинекологическая патология; Терапевтическая патология; Хирургическая патология; Дефекты тела и органов чувств).

Глава 6. ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ.....285

Глава 7. НЕВРОТИЧЕСКИЕ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА (в соавторстве с Э.В. Макаричевой).....306

Неврозы (этиопатогенез, клинические особенности).

Психосоматические расстройства и заболевания (классификация, клинические проявления).

Глава 8. ПСИХОЛОГИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....351

Делинкветное, аддиктивное, патохарактерологическое, психопатологическое поведение (Агрессивное поведение; Аутоагрессивное поведение; Злоупотребление веществами, вызывающими состояния, измененной психической деятельности; Нарушения пищевого поведения; аномалии сексуального поведения; Сверхценные психологические увлечения; Сверхценные психопатологические увлечения; Характерологические и патохарактерологические реакции; Коммуникативные девиации; Безнравственное и аморальное поведение; Неэстетичное поведение).

Глава 9. СПЕЦИАЛЬНЫЕ РАЗДЕЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ (в соавторстве с ЕА. Сахаровым).....417

Возрастная клиническая психология (Социальные и биологические составляющие нормального и аномального развития человека; Психические особенности и психосоматические расстройства в период новорожденности, младенчества и раннего детства; Психические особенности и психосоматические расстройства у детей дошкольного и младшего школьного возраста; Психологические особенности и психосоматические расстройства у подростков; Психология и психопатология ранней юности; Психологические особенности лиц зрелого, пожилого и преклонного возраста).

Семейная клиническая психология (сано- и патогенные семейные паттерны, недопонимания).

Глава 10. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ.....469

Психологическое консультирование (принципы, особенности, разновидности).

Психокоррекция (принципы, особенности, разновидности).

Психотерапия (принципы, особенности, разновидности).

Парапсихология и экстрасенсорное целительство (основные принципы, различия экстрасенсорного целительства и психотерапии).

ПРИЛОЖЕНИЯ: тесты с методикой обработки результатов и интерпретации.....505

ОТВЕТЫ к программированному контролю знаний.....581