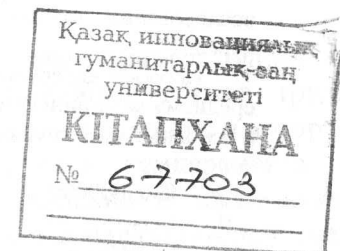


ЧИСТОВ В.В.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие для студентов ВУЗов



АЛМАТЫ, 2020

УДК 159.9

ББК 88.4 я7

Ч 68

Рецензенты:

доктор психологических наук, профессор Шеръязданова Х. Т.,
доктор психологических наук, профессор Акажанова А.Т.,
кандидат психологических наук Шалгимбаев Т.М.

*Рекомендовано к печати кафедрой психологии казахского
национального женского педагогического института.*

Чистов В.В.

Ч 68 **Медицинская психология:** Учебное пособие для студентов
медицинских и психологических факультетов. – Алматы: Лантар
Трейд, 2020. – 180 с.

ISBN 978-601-7607-70-8

Данное пособие нацеливает студентов на детальное изучение основных программных вопросов современной медицинской психологии. В каждом разделе имеется краткая аннотация и узловые положения тем курса, вопросы для обсуждения на семинарских занятиях. В пособии приводится словарь важнейших терминов, темы для самостоятельной практической работы, список литературы, которая ориентирует студентов на дополнительную углублённую проработку тем, подготовку докладов и рефератов по основным проблемным вопросам курса.

Предлагаемые практические задачи и методы психологического исследования должны быть использованы при изучении данного курса.

Пособие адресовано студентам-психологам, молодым врачам и среднему медицинскому персоналу. Оно поможет глубже разобраться в основных проблемах современной медицинской психологии.

УДК 159.9
ББК 88.4 я7

0303000000

Ч -----

00 (02) - 12

ISBN 978-601-7607-70-8

© Чистов В.В., 2020
© ТОО Лантар Трейд, 2020

ТЕМА 1

ВВЕДЕНИЕ В МЕДИЦИНСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ

Медицинская психология - область психологической науки, изучающая особенности проявления психики больного человека, а пути организации контакта с пациентом и создания благоприятного психологического климата для его выздоровления.

В данном курсе рассматриваются важнейшие аспекты психических нарушений, психогенных расстройств, возникающих при различных заболеваниях, а также дисгармоний личностного развития и пограничных состояний, являющихся следствием переутомления человека, стрессовых перегрузок либо влияния других социальных факторов. Изучение данной дисциплины способствует более полному пониманию причин нарушений психического здоровья пациента и оказывает существенную помощь медикам и психологам в своевременном устранении травмирующих факторов, восстановлении душевного равновесия (спокойствия) пациента и обретения им веры в выздоровление.

Следует обратить внимание на то, что данная наука имеет свои древние корни, нашедшие отражение в трудах великих медиков, философов и естествоиспытателей различных эпох.

Основополагающим учением, являющимся одним из истоков данной научной дисциплины, служат труды древнегреческого врача V в. до н.э. Гиппократ, в которых указывалось на значимость учёта темперамента и психологической установки в общении с пациентами; рассматривались пути оказания действенной помощи всем нуждающимся в ней независимо от положения больного в обществе. Гиппократом впервые были разработаны основы

деонтологии, нашедшие своё отражение в клятве врача, а именно: хранить тайну больного, не вредить ему и др. Его теории и практические выводы, признанные медиками всего мира, до сих пор не утрачивают своей актуальности и являются не менее значимыми и в работе практического психолога.

Особое место в разработке отдельных разделов будущей медицинской психологии по праву принадлежит арабоязычным мыслителям IX-XI вв. Абу Бакру ар-Рази, Абу Насру аль-Фараби, Абу Али Ибн Сине (Авиценне), живших в Арабском халифате, который являлся крупнейшим центром науки и культуры средневекового Востока¹. Они впервые применили на практике и описали ряд методов воздействия на «чувственную душу» (психику – В.Ч.) человека посредством слова и музыки, раскрыли некоторые закономерности психотерапевтического целительства.

В конце XIX – начале XX вв. впервые наметился подлинно научный подход к созданию патопсихологической школы во Франции, одним из основоположников которой был Т.Рибо, изучавший патологические формы нарушения характера, познавательных процессов, чувств и бессознательной деятельности.

В России, в конце XIX – начале XX вв. медико-психологические основы изучения личности больного человека были рассмотрены такими видными русскими врачами-психологами как В.М.Бехтерев, А.А.Токарский, А.Ф.Лазурский, В.Н.Мясищев, Ф.Г.Рыбаков, Г.И.Россолимо. Так, В.М.Бехтерев экспериментально доказал родство иллюзий с галлюцинациями и указал на

¹ Не случайно данная эпоха характеризуется многими исследователями как период расцвета восточной науки, именуемый как Восточный Ренессанс (возрождение).

нарушения в ориентировочной деятельности. Им же был разработан психологический подход к лечению алкоголиков средствами гипнотического внушения. В работах В.Н.Мясищева рассматривались причины, существенно влияющие на ухудшение здоровья и нарушающие трудовую деятельность.

Позже, в 20-х годах XX столетия, в трудах немецкого врача-психолога Э.Кречмера, были рассмотрены аномалии психических нарушений с позиций конституционального развития, что определило новый подход к проблемам медицинской психологии. Однако более полное и фундаментальное исследование актуальных вопросов медицинской психологии было начато в Швейцарии Карлом Густавом Юнгом, который смог открыть первую в мире кафедру по изучению данной дисциплины. В СССР также приступили к исследованию нарушений познавательных психологических процессов на основе клинических наблюдений в патопсихологической² лаборатории, которую возглавил Л.С.Выготский, посвятивший свои труды изучению проблем, связанных с умственной отсталостью у детей. Его ученики и последователи А.Р.Лурия, Б.В.Зейгарник, А.Н.Леонтьев и др. также посвятили многие свои экспериментальные исследования проблемам, связанным с нарушением процесса мышления. Тем не менее, детальное изучение патопсихологии как отдельной науки в СССР началось лишь в 1949 г. (по инициативе С.Л.Рубинштейна), а введение предмета медицинской психологии, как самостоятельной дисциплины, было осуществлено лишь в 1965 г.³

Отдельными вопросами медицинской психологии в СССР также занимались К.К.Платонов, Д.Н.Узнадзе,

² «патос» в переводе с греч. яз. означает «страдание»

³ первый учебник по данному курсу был издан лишь в 1966 г.

Б.Д.Карвассарский, А.Е.Личко и др.

Развитие медицинской психологии в Казахстане связано с именами психиатров-психологов, таких как А.С.Ромен, А.М.Свядош, М.Х.Гонопольский, Г.И.Зальцман, И.Г.Зальцман, И.А.Сапарова и др.

Задачей современной медицинской психологии является изучение форм нарушения здоровья, особенностей и специфики контактов больных людей с окружающими, а также пути воздействия на их психику с целью психотерапевтической коррекции их состояний, улучшению их психологического настроения.

Медицинская психология тесно связана с другими, близкими ей, науками, такими как:

психогигиена, изучающая пути создания благоприятных условий сохранения психического здоровья и предотвращения воздействия стрессогенных факторов;

валеология, пропагандирующая основы здорового образа жизни;

деонтология – наука о долге медиков и психологов;

этика, указывающая на нравственные аспекты взаимоотношений с больными и инвалидами;

психотерапия, разрабатывающая методы лечения пациентов на основе формирования психологических установок, влияющих на развитие защитных сил организма;

психофизиология, рассматривающая закономерности психической деятельности и регуляции всех процессов, происходящих в организме;

психогенетика, анализирующая генетические основы формирования наследственных предпосылок, влияющих на предрасположенность к определённым заболеваниям;

психология семейных отношений, указывающая на роль семьи в создании благоприятного микроклимата, обеспечивающего здоровье её членов;

психология общения, изучающая проблемы межличностных взаимоотношений, влияющих на психическое самочувствие в социуме;

конфликтология, в которой анализируются истоки конфликтов, меры их предупреждения и ликвидации.

В структуру современной медицинской психологии сегодня входят такие её ветви, как:

патопсихология, исследующая все виды патологических нарушений;

нейропсихология, исследующая нарушения функций организма на нейронном уровне;

клиническая психология, экспериментально исследующая специфические изменения психики при различных заболеваниях, травмах и других нарушениях здоровья;

специальная психология, характеризующая особенности психики лиц с аномалиями развития;

сурдопсихология, выявляющая особенности психики слабослышащих и глухих людей;

тифлопсихология, изучающая психику слепых и лиц с ослабленным зрением;

геронтопсихология, рассматривающая особенности изменений в психике у лиц престарелого и старческого возраста, получившая ныне статус самостоятельной прикладной психологической науки.

Организация медико-психологической службы в нашей стране и значимость психологических исследований подтверждается существенным повышением эффективности лечения при психологическом подходе к пациенту. В частности, особое внимание уделяется психологическому контакту с больными, подготовке их к оперативным вмешательствам, реабилитации после травм и длительных болезней и получения инвалидности, а также проведению медико-психологической экспертизы.

Важнейшими методами исследований в медицинской психологии являются: наблюдение, естественный эксперимент, беседа, анкетирование, анализ продуктов деятельности, беседа, психоанализ, тестирование, экспериментальное изучение личностной структуры, эмоционально-волевой и потребностной сфер с учётом индивидуально-психологических особенностей каждого пациента, а также сбор анамнеза (сведений о развитии патологического состояния) и катамнеза (анализа адекватности проведённой коррекции).

В настоящее время в медицинской психологии широко используются современные методики, связанные с клинической практикой, такие как экспериментально-психологические исследования (функциональные пробы, личностные опросники, проективные методики, психодиагностическое тестирование, изучение рисунков) и другие. Методики, разработанные в зарубежной практике (опросник ММРІ⁴, методы рисуночных ассоциаций, незаконченных предложений⁵, тесты Роршаха, Шульте, Векслера, Бурдона, Люшера, Лири и др.) апробированы в нашей стране и ныне широко используются для психодиагностики состояния пациентов при самых различных нарушениях здоровья.

В практике медицинской психологии применяются современные психотехники, такие как релаксация, медитация, аутотренинг, суггестия и другие методики, способствующие успешной психокоррекции пограничных состояний и наиболее полной психологической реабилитации больных.

Психологическая служба в медицине стала бурно

⁴ Minnesota Multyfasic Personality Inventory (Hathaway S., Mokinley J.) – Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. Разработан в США в 40-х г. XX в. Хатэузенем и Маккинли.

⁵ См. приложение 1

развиваться во второй половине XX века и новейшие психотехники стали внедряться в практическую деятельность психолога, в том числе и компьютерное психологическое тестирование занимает ныне одно из ведущих мест при изучении пациента.

Критерием объективности в разработке рекомендаций психолога являются те методологические принципы, на которые опирается он в своей деятельности. Важнейшими из них являются принцип детерминизма (причинности психических нарушений пациента); развития (учёт динамики имеющихся изменений); системности (последовательности построения бесед и применения отдельных методик) и др.

Большое значение имеет участие психолога в проведении медико-психологической экспертизы с целью более детального анализа истоков мотивации поведения пациента и разработки комплексного подхода при выборе психотехник и тренингов в организации реабилитации пациента.

Вопросы к семинарскому занятию 1

1. Предмет, цели и задачи медицинской психологии.
2. Истоки возникновения и пути развития медицинской психологии.
3. Медицинская психология в Казахстане.
4. Методы и принципы исследования в медицинской психологии.
5. Методики психодиагностики при нарушениях адекватного реагирования.

ТЕМА 2

ОСНОВНЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

В современной психологии существует множество разнообразных методологических подходов в изучении проблем психологии в целом, и медицинской, в частности, связанных с решением вопроса о коррекции психологического состояния пациентов при нарушении их здоровья.

Русская психологическая школа окончательно сформировалась к началу XX века. Основателем её в России был видный психоневролог В.М.Бехтерев, принявший за основу учение И.М.Сеченова о рефлекторной деятельности организма и обосновавший базисные положения объективной психологии. В психоневрологическом институте, который он возглавлял, были апробированы экспериментальные методы объективного изучения поведения на основе выявления причин реакций организма на те или иные раздражители. Согласно его концепции, целостные ответные реакции связаны с качественным преобразованием энергии организма, направленной на приспособление к меняющимся условиям окружающей среды. Таким образом, развитие симптомов болезни - это не что иное, как рефлекторное преобразование энергии защитных сил организма на противодействие неадекватным раздражителям. По его мнению, все ответные реакции формируются в процессе развития индивида в той или иной среде. При этом наследственность определяет лишь тип нервной системы (гибкость, пластичность), выражающийся в темпераменте. В 1908г. В.М.Бехтерев разработал метод генетического рефлексологического

исследования, выявляющий взаимосвязь проявлений механистической причинности в сочетании с врожденными задатками индивида.

В начале XX в. в США широкое распространение получил бихевиористский подход, рассматривающий проявление психики как поведенческую реакцию на определённые стимулы. Основателем данного направления в психологии является Джон Уотсон. Согласно его теории, имеющей много общего с концепцией И.П.Павлова и постулатами объективной психологии В.М.Бехтерева, основой исследований должны быть физиологические механизмы формирования условных рефлексов. Исходя из теории бихевиоризма, психика воспринимается как определённая система (условных) реакций организма на внешние и внутренние стимулы, порождающие те или иные ответные реакции, выражающиеся в поведении индивида. Так, при фрустрациях теряется стимул к активным действиям, вследствие чего возникают депрессии, создавая новые стимулы, обуславливающие ответные реакции организма, которые выражаются в той или иной эмоциональной окраске поведения. При этом отражение может быть неадекватным при предъявлении нежелательных, слишком сильных либо слабых стимулов. Следовательно, в бихевиоризме первостепенную роль играют действия человека, которые характеризуют его поведение.

Ведущим положением гештальтпсихологии, которая сформировалась также в начале XX века в Германии, является идея о создании целостно воспринимаемых образов, способствующих поиску путей для ощущения завершённости. В основе методологии гештальта лежит концепция целостности ассоциируемых факторов близости, объединяемых в единый образ (гештальт) в психологическом поле на основе развития продуктивного

мышления. Основополож-никами гештальтпсихологии как целостного и качественно нового методологического подхода являются М.Вертгеймер, В.Келер, К.Коффка, К.Левин, которые рассматривали основу гештальттерапии как процесс психокоррекции посредством использования метода рассуждений вслух, изучения проблемных ситуаций и инсайта (озарения). По мнению К.Левина, в лечении неврозов, а также коррекции когнитивных процессов (например, процесса забывания), ведущую роль играет взаимодействие биологических и социальных (квази) потребностей, ибо между ними существует определённая взаимосвязь и иерархия. Каждый окружающий человека объект имеет определённую энергию и заряд (валентность). В результате того, что объекты окружающего мира способствуют возникновению напряжения в психологическом поле, действия человека направлены на его разрядку, происходящую при удовлетворении потребности, что обеспечивает гибкость адаптационных возможностей организма.

Таким образом, отрицательные эмоции увеличивают напряжённость и порождают агрессивность, в то время как положительные снимают её, обеспечивая эмоциональную разрядку. Из вышесказанного следует, что в основе гештальттерапии лежит формирование положительных эмоций в результате удачного завершения задачи путём создания целостного завершённого гештальта (образа действия).

Одним из важнейших методологических направлений XX века также является глубинная психология и, в частности, психоанализ З.Фрейда, основанный на изучении бессознательного и подсознательного, проявляющегося через инстинктивные, иррациональные и аффективно-эмоциональные состояния. Детальный анализ сновидений и детских мечтаний давал определённую информацию,

помогающую выявлять причины фрустрационных или невротических состояний пациента. Указывая на роль психоанализа в психодиагностике и психокоррекции отдельных психических нарушений, З.Фрейд обращал внимание на роль подсознательной (интуитивной) сферы психики, движущими силами которой являются неудовлетворённые влечения, играющие, по его мнению, ведущую роль в развитии дискомфортных и пограничных состояний, а также патологических процессов, порождающих развитие тех или иных психических нарушений. Основным механизмом реабилитации пациента З.Фрейд считал сексуальную активность, направленную на удовлетворение глубинных (подсознательных) потребностей человека, среди которых сексуальная удовлетворённость всегда должна быть доминирующей. При её отсутствии человек обычно прибегает к психофизиологической самозащите, осуществляющейся посредством сознательного подавления желаний, отрицания реальности (уход в мир фантазий); рационализации (оправдании неприемлемых форм поведения, на которые наложены табу); инверсии (замены истинных желаний на противоположные); проекции (приписывании другим своих мыслей и чувств); изоляции, (проявляющейся в раздвоении личности) либо регрессии (возвращении к более примитивному способу реагирования), что, в какой-то мере, способствует приспособлению к окружающей действительности. Позже идеи З.Фрейда получили качественно новую интерпретацию в трудах его последователей — неофрейдистов: американских психологов К.Хорни, Э.Фромма, Г.Салливена, исходящих из принципа социальной детерминированности психики человека, обуславливающей причины конфликтов в отношениях с окружающими.

Так, в теории К.Хорни на первый план выдвигается идея о том, что преграды в осуществлении потребностей порождают чувство тревоги, что ведёт к формированию агрессивного, отчуждённого либо уступчивого типа личности, ориентированного на обретение безопасности, в силу чего постоянное напряжение и тревога, в конечном счёте, вызывают невротические состояния и расстройства психики. Тревожность является следствием отсутствия ласки и страданий, которые порождают конформность. Пути выхода из конфликтов она видит в реализации подсознательных комплексов и психологической защиты, на которую указывал З.Фрейд.

Согласно концепции Э.Фромма, основой возникновения неврозов и нарушений психики являются не биологически обусловленные инстинкты и влечения, а социальные противоречия, препятствующие осуществлению бессознательных и подсознательных потребностей индивида. Ответная реакция организма может проявляться порой в виде иррациональных способов удовлетворения в форме мазохизма, садизма, деструктивизма (стремления разрушать первым) либо конформистского подавления, что приводит к деструктивным нарушениям психического отражения.

В теории Гарри Салливена психоанализ объединён с бихевиоризмом в единую замкнутую структуру, в основе которой лежит «система я», состоящая из 3 компонентов: «хорошее Я», «плохое Я», «не Я». Ведущей бессознательной потребностью, по мнению Салливена, является стремление к нежности и ласке, стремление избежать тревожных состояний. Находясь в обществе, человек уже с детских лет, обнаруживает к себе определённое отношение, выражающееся в тех или иных стереотипах восприятий, обуславливающих осознание себя как плохого или хорошего. При преобладании

отрицательных эмоций формируется агрессивность и тревога (т.е. актуализируется «плохое – Я»); при ласковом отношении со стороны близких ребёнок осознаёт своё «хорошее Я». Однако рано или поздно, привыкнув к «тепличным домашним условиям», он всё же встречается с отрицательным и грубым отношением к себе, что порождает формирование тревоги и позже даёт нервные срывы, причём вина за всё нежелательное перекладывается на окружающих, ибо у него на уровне подсознания с детства заложено положительное мнение о себе. Структура «не Я» ведёт к игнорированию ряда проблем, которые не актуализируются в подсознании с детства. Позже в этой связи возникают новые проблемы и конфликты. Так, если в семейной жизни один из супругов считает, что он не должен выполнять те или иные семейные функции (например, мыть посуду, выносить мусор и т. п.), то это порождает дисгармонию во взаимоотношениях, которая может выражаться в напряжённости и тревоге в связи с очередной бытовой проблемой, с выраженным стремлением уйти от неё, т.к. данная потребность не была сформирована. В результате этого часто возникают пограничные психические расстройства, выражающиеся в агрессивности, обидчивости, а в ряде случаев характерны душевные переживания, проявляющиеся в истерике и других нервно-психических срывах.

Развитие психоанализа находит своё отражение и в ряде других теорий неопрейдистов. Так, в концепции швейцарского психолога-психиатра К.Юнга, основоположника аналитической психологии, введено понятие *археотипа* врождённого образца поведения (самости), унаследованного от предков. На основе анализа сновидений и бреда, в сопоставлении их с аналогичными примерами из мифологии он пришёл к выводу о

коллективном бессознательном, обусловленном этническим и историческим развитием общества, влиянием религии и культуры. Определяя типологию личности по ориентированности установки (экстраверты, интроверты) и доминирующей психической функции (мышление, ощущения, интуиция), он ввёл понятие «**комплексы**». Его методика ассоциативного эксперимента позволяет выявить сущность проявления переживаний человека и определить роль индивидуального и коллективного в формировании тех или иных психических расстройств. Существенное значение имеет его активная позиция относительно необходимости разрушения нежелательных психологических комплексов.

В основе индивидуальной психологии австрийского исследователя Альфреда Адлера личность рассматривается как нечто единое и неделимое без расчленения психики на сознательную и бессознательную сферу. Исходя из его концепции, движущей силой развития является стремление к преодолению «**комплекса неполноценности**», возникающего при нарушении общения с окружающими. В результате этого формируется девиантное поведение, обусловленное жадой раскрепощённости и власти. Приём алкоголя и наркотиков способствует закреплению акцентуированных качеств характера и психопатического склада личности. Раскованность, безволие и самоутверждение таким путём может довольно часто выражаться в антиобщественных и преступных действиях. Преодолеть комплекс неполноценности представляется возможным, если человек познает свою индивидуальность, найдёт свой специфический, присущий ему стиль жизни, а также определит значимое для себя место в обществе. Рекомендации Адлера по психокоррекции различных комплексов является критическое осмысление совершённых ошибок и поиск своего «Я», стремление

думать о приятном, делать добрые дела и не отказывать окружающим ни в одной разумной просьбе, даже если это потребует затрат времени или денег.

Методологические принципы гуманистической психологии представлены в теориях американских психологов второй половины XX в. А.Маслоу, Г.Олпорта и К.Роджерса, основополагающие идеи которых отражены в концепции о пирамиде потребностей и личностной самоактуализации. Согласно учению А.Маслоу, утверждается, что психическое здоровье можно охарактеризовать следующими показателями:

- 1) ощущение безопасности и независимости;
- 2) уважения и признания окружающими;
- 3) самоуважения и любви;
- 4) способности принимать других людей такими, какие они есть.

Это придаёт человеку оптимизм и стремление развивать свои творческие способности, с целью обрести достойное для себя место в жизни, что, в большинстве случаев, предотвращает возникновение психических расстройств, связанных с душевной неудовлетворённостью.

Однако высший уровень удовлетворения потребностей *достигает* лишь 1% людей, следовательно, все остальные испытывают душевный дискомфорт и неудовлетворённость и, следовательно, нуждаются в психологической помощи для обретения уверенности в себе и самоопределения на жизненном пути. Лишь самоактуализировав своё «Я», человек может адаптироваться в социуме и обрести уверенность в себе. Невротики, согласно данной теории, — это люди с неразвитой или неосознаваемой потребностью в самоактуализации. В обществе они желают видеть человека конформным, что подразумевает



приспособляемость его к требованиям большинства. Тем не менее, избегая конфликтов, человек довольно часто теряет своё «Я», что приводит к психологическим срывам. Исходя из этого, ему следует помочь определить его жизненный путь в соответствии с его потребностями и жизненными идеалами.

В концепции К.Роджерса рассматривается терапия, направленная на помощь человеку в нормализации его взаимоотношений с окружающими. При этом у каждого жизненный опыт индивидуален и уникален. Отход от своей индивидуальности и уподобление большинству приводит к отказу от самоактуализации, приводит к невротизации и внутреннему душевному конфликту с самим собой. Психокоррекция личностного развития основана на формировании адекватной самооценки, гибкости в принятии решений, избирательном и творческом отношении к окружающим.

Другим подходом к психокоррекционной помощи в американской психологии является трансактный анализ. Посредством данной методологии достигается создание благоприятного психологического климата и устранение стрессогенных психологических влияний в общении. Рассматривая межличностные отношения в структуре деятельности и «эго-состояний» как причину конфликтных ситуаций, порождающих стрессы, нарушение взаимопонимания и дестабилизацию душевного состояния, Т.Харрис и Э.Берн разработали ряд вербальных методик, направленных на анализ трансакций (взаимодействий) между общающимися людьми на уровне трех основных позиций: «родитель», «взрослый», «ребенок». Видоизменив позицию участника трансакции, можно корректировать процесс общения в позитивную сторону и исключить травмирующие стрессогенные факторы, что будет способствовать нормализации

взаимоотношений, улучшению душевного состояния, повышению работоспособности и активности.

В методологических разработках и трансперсональной психологии особое внимание уделяется дыхательным упражнениям. В концепции С.Грофа разработана техника «холотропного дыхания», основанная на сочетании ритмической музыки с учащённым дыханием, что индуцирует изменённое состояние сознания. Это вполне эффективная методика, позволяющая актуализировать психотравмирующие события из глубин бессознательного и нейтрализовать их. Методика также способствует не только психокоррекции, но и самопознанию.

Вопросы к семинарскому занятию 2

1. Методологические принципы российской медицинской психологии.
2. Методология бихевиоризма.
3. Основы гештальттерапии.
4. Психоаналитическая теория З.Фрейда.
5. Неофрейдисты и их вклад в развитие медицинской психологии.
6. Основы аналитической психологии Г.Юнга
7. Индивидуальная психология А.Адлера
8. Особенности подхода к проблемам человека в современной гуманистической психологии.
9. Специфика психокоррекции в методологии трансактного анализа.
10. Методика «холотропного дыхания» С.Грофа.
11. Сделайте свои выводы о приемлемости вышеназванных методологических подходов в современной практике медико-психологического консультирования и психокоррекции пограничных состояний.

Т Е М А 3

ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ

Проблема здоровья является одной из важнейших для каждого человека. В силу этого ещё в 1968г. по решению Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ) в Женеве было принято определение понятия здоровья, под которым понималось «состояние нашего *физического, душевного и социального благополучия*, а не только отсутствие болезней или физических дефектов».

Однако российскими учёными были предложены и другие более точные определения. Так, академик В.П. Казначеев подчеркивает, что здоровье – это динамический процесс сохранения и развития психических, физических и биологических способностей человека, оптимальной трудоспособности, социальной активности при максимальной продолжительности жизни».

По мнению известного врача академика Н.М. Амосова: «здоровье – это максимальная производительность органов при сохранении качественных пределов их функций», а согласно концепции Г.А. Апанасенко «здоровье – динамическое состояние человека, которое определяется резервами механизмов самоорганизации его системы (устойчивостью к воздействию патогенных факторов и способностью компенсировать патологический процесс), характеризуется энергетическим, пластическим и информационным (регуляторным) обеспечением процессов самоорганизации, а также служит основой проявления биологических (выживаемость – сохранение особи, репродукция – продолжение рода) и социальных функций». Он считает, что «Для здоровья одинаково необходимы четыре условия:

физические нагрузки, ограничения в питании, закалка, время и умение отдыхать. И еще пятое - счастливая жизнь! К сожалению, без первых условий она здоровья не обеспечивает. Нужно ограничивать себя в пище. Уметь расслабляться».

На основе этого можно сделать вывод о трёх важнейших компонентах здоровья.

1. Физическое благополучие (здоровье) – это текущее состояние функциональных возможностей органов и систем организма, их адекватное реагирования на влияние окружающей среды.

К основным факторам физического здоровья человека относятся:

1) уровень физического развития (показатели телосложения (длина тела, масса тела, осанка, объемы и формы отдельных частей тела, величина жира отложения и др.); показатели, отражающие адекватность функционирования сердечно-сосудистой, дыхательной и центральной нервной систем, органов пищеварения и выделения, механизмов терморегуляции и др.; показатели развития физических качеств (силы, скоростных способностей, выносливости, ловкости, гибкости).

2) уровень физической подготовленности (силы, выносливости, быстроты, ловкости, гибкости);

3) уровень функциональной подготовленности организма к выполнению физических нагрузок;

4) уровень и способность к мобилизации адаптационных резервов организма, обеспечивающих его приспособление к воздействию различных факторов – болезни, травмы, аварии, экологические и социальные кризисы.

Термин «психическое здоровье» означает адекватное отражение окружающего мира и полноценную социальную активность человека в деятельности и общении с другими

людьми. Это состояние душевного благополучия и полноценной психологической деятельности человека, выражающееся в бодром настроении, хорошем самочувствии, его активности.

2. Психическое здоровье относится к разуму, интеллекту, эмоциям (психологическое благополучие, уровни тревоги и депрессии, контроль эмоций и поведения, познавательные функции).
3. При рассмотрении «социального здоровья» понимается способность к общению с другими людьми в условиях окружающей социальной среды и наличие личностных взаимоотношений, приносящих удовлетворение. При неадекватном социальном взаимодействии возникает дезадаптация, социопатия, социальные болезни.

Следовательно, предпосылкой к возникновению и развитию любого соматического заболевания является нарушение не только физиологических функций организма (физический уровень), но и самосознания человека, проявляющегося в поведении, эмоциональных реакциях и ряде психических дисгармоний, связанных с осознанием болезненного состояния (психического уровень). Определённую роль в нарушении здоровья и развитии болезненных состояний человека довольно часто играют родственники и все окружающие люди, которые порой создают неблагоприятный психологический климат, существенно влияющий на развитие тех или иных патологических процессов (социальный уровень).

Существуют две основные теории нарушения здоровья (*развития болезни*): *соматогенная* и *психогенная*.

Практически при любых заболеваниях возникают нарушения психики, связанные либо с *психогенными*

(эмоционально-стрессовыми), либо с *соматогенными* (физиологическими) проявлениями, выражающиеся в изменении проведения нервных импульсов от органов и тканей в головной мозг. Это, в свою очередь, приводит к нарушению гомеостаза в организме в целом и изменениям психосоматического баланса, влекущего за собой искажённое психическое отражение окружающего мира.

Соматогенное нарушение физиологических функций обычно связано с попаданием в организм патогенных микроорганизмов. Однако возможны и травмы, т.е. механическое повреждение органов и тканей.

Ведущим повреждающим фактором при психогенных нарушениях могут быть частые отрицательные эмоции, стрессы, порождающие спазмы и различного рода дисфункции, возникающие из-за нервно-психических расстройств, в результате конфликтных ситуаций и нарушений межличностных взаимоотношений на работе, в семье, с друзьями и т. п.

У некоторых людей при развитии заболевания возможны фобии, истерия, тревожно-депрессивный или маниакальный синдромы как ответная психологическая реакция на изменение гомеостаза в организме.

Изменения психики связаны со страданиями из-за возникающей боли или из-за переживаний о близких людях. Отсутствие возможности чувствовать себя полноценным членом общества порождает тревогу и беспокойство о будущем, вызывая серьёзные эмоционально-личностные изменения.

В подобных случаях многое зависит от заботы окружающих, веры во врача, психолога, а также в обслуживающий медицинский персонал.

Русский психоневролог В.М.Бехтерев, справедливо подчеркивал роль слова в лечении больных, утверждая, что «если больному после беседы с врачом не становится

легче – это не врач». Русский терапевт М.Я.Мудров детализировал его высказывание, дополнив его тем, что по его мнению, «одни люди болевают от телесных причин, другие от душевных возмущений». Следовательно, задача как медика, также как и психолога состоит, прежде всего в том, чтобы снять травмирующее воздействие, порождающее душевное «возмущение», ибо присутствие его будет препятствовать и лечению. Необходимо переориентировать больного на мысли о выздоровлении, пробуждая веру в себя, в свой организм и его защитные силы независимо от этиологии (причины) заболевания.

По теории А.В.Квасенко и Ю.Г.Зубарева, выделяются три этапа осознания патологических изменений в организме.

Первый, *сенсологический*, когда появляется дискомфорт и неприятные ощущения, боль (алгический компонент) либо ограничение своих возможностей (дефицитарная стадия).

Второй, *оценочный*, возникающий на основе переживаний и представлений о болезни и её причинах (появляется возможность возникновения ипохондрии, ятрогении, агравации⁶).

На третьем этапе формируется конкретное *отношение к болезни*: потребность в лечении или игнорировании его.

Психофизиологи также отмечают, что в силу своих индивидуальных особенностей, типа и свойств нервной системы люди по-разному относятся к тем или иным воздействиям окружающей среды, в т.ч. реакциям на ощущение дискомфорта, боли и других проявлений патологических расстройств. Это является причиной дифференцированного отношения у различных пациентов к возникновению болезни, что может проявляться в

⁶ см. словарь терминов

анозогнозии, диссоматозогнозии, нормосоматозогнозии, гипо - или гиперсоматозогнозии либо ипохондрии⁷.

Как отмечает А.Р.Лурия, осознание «внутренней картины болезни» связано с самонаблюдением за комплексом ощущений и восприятий, эмоциональных переживаний и интеллектуальных реакций, конфликтов и перенесённых травм. При этом следует подчеркнуть, что психологическая структура восприятия болезни во многом зависит от этического, эстетического и социального компонентов личностного развития, т.е. от социальной среды, воспитания и культурного уровня пациента.

Согласно теории М.Э.Телешевской и Н.И.Погибко, выделено шесть типов реакции на болезнь в зависимости от склада личности пациента:

1) волевой тип личности склонен к анозогнозии, игнорированию неприятных ощущений и сублимации их в активной деятельности;

2) депрессивный тип характеризуется повышенным чувством безысходности и неверия в выздоровление, тревоги и тоски, ведущих к развитию депрессии;

3) ипохондрическому типу присуща повышенная мнительность пациента и явное преувеличение значимости испытываемых им ощущений;

4) тревожно-мнительный тип личности характеризуется обилием фобий и неверием в назначения врача. Сомнения больного, как правило, усугубляют течение болезни и тормозят процесс выздоровления;

5) истероформному типу присуща высокая лабильность нервной системы, склонность к истерикам и девиантному поведению;

6) астенический тип проявляется в слабодушии, вялости, плаксивости и повышенной утомляемости.

⁷ см. словарь терминов

Психологический анализ нарушений структуры иерархии мотивов, смыслообразования, саморегуляции, опосредования и критичности, формирования патологических потребностей, а также проявлений спонтанности поведения даёт достаточно чёткое представление о возможных особенностях взаимоотношений больного с медицинским персоналом, что позволяет определить оптимальную форму и стиль общения. При этом особое внимание следует обратить на особенности проявления темперамента и характера больного, а также на отдельные нарушения его воли и психомоторики.

При возникновении заболевания (нарушениях здоровья) можно выделить несколько стадий (этапов течения болезни):

- 1) латентная - скрытая (инкубационный период), когда ещё нет появления каких-либо симптомов;
- 2) появление первых признаков в виде недомогания, дискомфорта (продромальный период);
- 3) криз - резкие внезапно возникающие симптомы (например, повышение или падение артериального давления, боль в сердце, одышка и др.);
- 4) разгар заболевания, который характеризуется появлением большинства основных симптомов и изменением психологического и физиологического состояния;
- 5) кризис - переломный момент в течении болезни, ведущий к уменьшению тяжести состояния;
- 6) ремиссия - временное ослабление болезни и некоторое улучшение состояния;
- 7) реконвалесценция - выздоровление, уменьшение симптомов, обратное развитие заболевания;
- 8) рецидив - повтор симптомов данного заболевания;
- 9) хронизация процесса, переход болезни в хроническую

форму в результате недостаточного излечения.

Пограничные психологические расстройства возникают как первые симптомы нарушения здоровья. Их необходимо корректировать посредством эффективных психологических методик, направленных на формирование психологических установок (посредством внушения), аутотренинга, медитации, позволяющих своевременно мобилизовать защитные силы организма. Переориентировка на адекватное отношение к своей болезни и устранение глубинных причин, её вызвавших, способствует достижению благоприятного психологического климата, что даёт возможность наиболее эффективно производить психокоррекцию душевного состояния пациента.

Следует отметить неопределимую роль психолога в нормализации пограничных состояний в тех случаях, когда болезнь ещё не получила разгара своего развития.

В большинстве случаев невротические и психопатические расстройства связаны с влиянием окружающей среды, т.е. того социума, в котором человек долгое время находится. Из этого следует, что нарушения межличностных взаимоотношений являются серьёзным травмирующим фактором, вызывающим дестабилизацию здоровья, как результат проявления стрессовых ситуаций, ослабляющих защитные силы организма.

Из вышесказанного можно заключить, что здоровье в современной медицинской психологии, рассматривается как достижение состояния благополучия на основе адаптации к окружающей среде, индивидуализации и социализации.

В исследованиях Б.А.Якубова выявлено 7 личностных реакций на болезнь, которые необходимо принимать во внимание при работе с пациентами:

- 1) спокойная реакция присуща лицам с устойчивыми

эмоционально – волевыми процессами. Им также свойственна недооценка тяжести своего состояния;

2) неосознаваемая реакция наблюдается как форма психологической защиты при тяжелых заболеваниях;

3) следовая реакция характерна для лиц, страдающих хроническими заболеваниями. В ожидании рецидива они часто склонны к депрессиям и ипохондрии;

4) негативная реакция проявляется в недоверчивости и конфликтности;

5) паническая реакция встречается у пациентов, страдающих фобиями;

6) разрушительная реакция проявляется в неадекватности отношения к себе и окружающим. За подобными больными необходим особый надзор и уход, ибо они не желают что-либо менять в привычном образе жизни;

7) содружественная реакция наблюдается у лиц с высоким интеллектом, адекватно оценивающих ситуацию и пунктуально выполняющих указания психолога и врачей.

Швейцарский психиатр Е.Блейлер ввёл термин «*ятрогения*», характеризующий нежелательные впечатления, порождающие расстройства психики при нарушении врачом деонтологических (этических) норм в ходе общения с пациентом. Подобная реакция на неправильные действия и недостаточно продуманные высказывания вызывают отрицательный эффект, связанный с определёнными опасениями пациента, и способствует формированию невротического расстройства. Неверие в возможности врача (психолога), страх и предрассудки порождают *эгогении*. Неправильные методы воспитания детей, частые наказания и оскорбления могут вызвать *дидактогении*, провоцирующие невротические расстройства и аутизм. Следует выделить

также *псевдоятрогении*, обусловленные неправильным пониманием того, о чём говорилось в беседе, что связано с болезненным восприятием пациента и переосмыслением содержания сказанного с позиций своего личностного развития.

Основой для изучения личностных особенностей пациента является, прежде всего, беседа с больным и наблюдение за его поведением. Использование тестов позволяет лучше понять роль личностного фактора в патогенезе формирования клинической картины заболевания и более полно наметить пути психопрофилактики, психокоррекции и реабилитации пациента на основе индивидуально-психологического подхода к нему. Существенную роль для оценки личностных характеристик имеет методика Б.И.Бежанишвили для исследования уровня притязаний.

При работе с пациентами психолог и врач, должны соблюдать правила этики и деонтологии в общении, т.е. не вредить здоровью с тем, чтобы не вызвать у больного ятрогению и не ухудшить его психическое состояние, хранить тайну пациента, осуществлять действенную практическую помощь. Зная закономерности развития заболеваний и изменений психического состояния при них, следует выявить объективную картину нарушения здоровья и понять истинные причины, его порождающие.

Формирование внутренней картины болезни у детей более специфично. Чем младше ребёнок, тем более значимыми для него являются межличностные отношения в семье, детском саду, школе. Устойчивые представления о нарушении здоровья свойственны лишь детям старше 7 лет. Девочкам присущ более высокий уровень беспокойства о своём здоровье. Тем не менее, на вопрос: «Кого можно считать здоровым человеком?» - третьеклассники отвечали: «не слишком толстый, не

слишком тощий», «не играющий со спичками», а четвероклассники: «тот, кто занимается физической культурой», «тот, кто ест свежие овощи и моет руки перед едой».

Большое значение имеет уровень развития апперцепции ребенка. Многие дети рассматривают свои болезни как наказание за плохое или запрещённое поведение. Так, болезни близких с благоприятным исходом создают оптимистический психологический фон, а тяжелые хронические заболевания родителей способствуют укреплению отрицательных впечатлений и развивают повышенную мнительность у детей. В большинстве случаев соматогенные психические расстройства у детей проявляются в форме астении, выражающейся в раздражительности, неустойчивости настроения, быстрой утомляемости либо депрессии, при которой им присуща плаксивость и подавленность; возможно возникновение апатии (вялости); истерии (как стремления привлечь к себе максимальное внимание) либо фобий (страхов). При анализе психологического состояния ребёнка очень эффективен тест самооценки по методике Т.Дембо – С.Я.Рубинштейна, который позволяет выявить уровень благополучия и неудовлетворённости ребёнка, характеризуя его внутренний настрой, отношение к окружающим людям, к своему душевному состоянию или заболеванию⁸.

Вопросы к семинарскому занятию 3

1. Понятия здоровья и болезни в медицинской психологии.
2. Теории развития соматического заболевания (соматогенная и психогенная).

⁸ Описание сути данного теста в гл. 5. См. с.38

3. Характеристика и причины возникновения анозогнозии, гиперсоматонозогнозии и других форм восприятия болезни.
4. Личностные реакции на болезнь. Этапы осознания нарушений здоровья.
5. Пограничные психологические расстройства. Значение их своевременного выявления и коррекции.
6. Основы деонтологии в медицинской психологии.
7. Особенности оценки состояния здоровья детьми.

ТЕМА 4

ФОРМЫ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

В психологической концепции З.Фрейда, понимавшего психологию как науку о сознании, представлено учение о 3-х уровнях психики: бессознательном (инстинктивном), подсознательном (интуитивном) и сознательном (логически осмысляемом).

Следует учитывать, что при воздействии на психику человека ряда патогенных факторов осознание им окружающей действительности, равно как и все когнитивные процессы, может нарушаться. Причинами нарушения сознания могут быть инфекционные процессы, сильные физические или психологические травмы, вызывающие порой аффекты и амнезию, а также воздействие на организм алкоголя или наркотиков и других препаратов, угнетающих нервную систему.

Различают так называемые «количественные» выключения сознания, такие как оглушение, сопор, кома и «качественные»: делирий, онейроид, сумеречное расстройство сознания, аменция.

К первой группе расстройств психики относятся выключения сознания:

Оглушение имеет 3 стадии:

А) В начальной (слабой) стадии (*она называется сомнолентность*) человек сонлив, заторможен, ориентировка замедленная и не точная. После неоднократных повторений вопроса больной всё же может ответить на него. Странностей в поведении, как правило, нет.

Б) В средней стадии наступает дезориентировка в пространстве и неадекватность поведения. На все вопросы пациент отвечает с большим трудом, односложно и не всегда правильно; может отвечать жестами: наклонить голову; высунуть язык, поднять руки.

В) При глубокой стадии ориентировка отсутствует полностью. Пациент воспринимает окружающие раздражители как через плотный слой ваты. На вопросы не отвечает и не выполняет инструкций, движения медленные, неуверенные, незаконченные. Поведение неадекватное, присуща островковая (неполная) амнезия.

Сопор – переходное состояние от оглушения к коме. Появляется бред, пациент ни на что не реагирует, ответная речь отсутствует. Реакции зрачков на свет и сухожильные рефлексы ослаблены. На болевой раздражитель характерно отдергивание руки, гримаса боли. В этом состоянии наступает полная амнезия.

Кома - полное выключение сознания и всех реакций организма. Рефлексы также отсутствуют; функционируют только дыхательный и сердечно-сосудистый центры.

Вторая группа связана с помрачением сознания (его качественным изменением), неадекватностью реакций. Сюда можно отнести следующие состояния:

1. *Делирий*. Это состояние возникает обычно вечером и длится от нескольких часов до нескольких суток.

Характерны галлюцинации, чаще зрительные, подвижные, красочные, устрашающие. Возможны тактильные и слуховые галлюцинации, ложное узнавание. Ориентировка возможна только в свете. Амнезии нет. Воспоминания полные.

2. *Онейроид* характеризуется более глубокой дезориентировкой на местности и погружении в фантастические грёзы. Галлюцинаторные картины обычно быстро сменяются, не вызывая эмоций. О грёзах пациента можно догадываться по выражению его лица. В контакт с окружающими пациент не входит. Состояние продолжается от нескольких дней до нескольких недель. Воспоминания о переживаниях по выходе из онейроида достаточно полные.

3. *Сумеречное расстройство сознания* характеризуется внезапным началом и завершением. Также присуща дезориентировка в пространстве, но воспоминания отсутствуют. Можно выделить:

а) *классические сумерки*: отмечается бред и галлюцинации, поведение больного опасно для окружающих, возможны аффекты гнева, страха;

б) *амбулаторный автоматизм* –

фуга: присущи двигательные нарушения (стереотипные действия и движения, как правило, бессознательные: он часто свёртывает одеяло, обшаривает тело, крутится на месте, бросается бежать). Сфера восприятий, мышления и эмоций не нарушается;

транс: поведение только внешне кажется сознательным. Фактически, больной, не осознавая реальной действительности, не отдавая себе отчёта в своих действиях, в течение нескольких дней, недель, месяцев может переезжать из города в город, покупать ненужные вещи или раздавать свои незнакомым людям;

в) *сомнамбулизм: снохождение, лунатизм, ночное блуждание.*

Если не будить человека в подобном состоянии, он блуждать, пока не стихнет возбуждение. Воспоминаний о происшедшем у него не сохраняется;

г) *амения (спутанность сознания).* Характерна растерянность, полная дезориентировка в действиях, отрывочные бессистемные бредовые галлюцинаторные переживания, бессвязное мышление и речь, резкие колебания настроения, хаотическое двигательное возбуждение (в пределах постели). Контакт невозможен, окружающая обстановка не осмысливается. Состояние продолжается от нескольких дней до нескольких недель. Воспоминаний нет.

При нарушении сознания осуществляется бессознательная регуляция поведения и активизируются подсознательные влечения.

Вопросы к семинарскому занятию 4

1. Нарушения сознания («количественные» — оглушение, сопор, кома).
2. Нарушения сознания («качественные» — делирий, онейроид, сумеречное расстройство сознания, амения).
3. Причины и последствия нарушения сознания.
4. Особенности контакта с больными при нарушении сознания.

ТЕМА 5

НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ

Научное исследование патогенных нарушений развития личности, проявляемых во взаимоотношениях пациента с окружающими, было заложено в России ещё А.Ф.Лазурским (1923г.). Далее оно было развито в трудах В.Н.Мясищева, который предложил также обращать внимание на изменения проявлений познавательных процессов (восприятий, памяти, мышления, воображения), волевых качеств и уровня психического развития в целом с учётом реальных условий социального окружения пациента. Немаловажное значение имеет динамика реакций и переживаний, возбудимости и реактивности организма пациента. На основе анализа данных анамнеза и результатов психодиагностических исследований психолог определяет личностное отношение пациента к появившимся у него тем или иным патологическим проявлениям. Опираясь на понимание структуры личности пациента, выявляя истоки его страданий, необходимо определить его индивидуальные особенности, специфику восприятия и уровень адекватности оценки им состояния своего здоровья, которое может характеризоваться как гипо- и гиперсензитивность. Особое внимание необходимо уделить вопросу типологии личности.

Появление равнодушия, снижение интереса и потребностей, неадекватная оценка своих возможностей свидетельствует о появлении патологических изменений, которые при отсутствии своевременной их коррекции могут привести к деградации личности.

Существует два основных понятия, характеризующих отклонения в личностном развитии: психопатии и акцентуации характера.

1) *психопатии* (по классификации психиатра П.Б.Ганнушкина), проявляющиеся в странном и необычном поведении, резких изменениях настроения без видимых причин, приводящие к частым нарушениям межличностных взаимоотношений в общении и деятельности.

В классификации О.В.Кебрикова выделяются две группы психопатов: *возбудимые* и *тормозные*. Первые проявляют тенденцию к агрессивным действиям к окружающим и себе самим. Они не терпят никаких препятствий при осуществлении своих желаний и очень бурно на все реагируют. Эти психопатии, по своей психофизиологической основе, связаны с недостаточностью тормозных процессов в коре головного мозга. Еще в V в. до н.э. Гиппократ назвал подобных людей «холериками», а русский физиолог И.П.Павлов «безудержным типом» личности. Вторые (тормозные) психопаты проявляют непредсказуемость поведения в виду наличия застойных очагов возбуждения в коре головного мозга, которая связана с довольно быстрым истощением активности потенциалов мозга и угасанием энергии, приводящей к неадекватности поведения, состоянию заторможенности и депрессиям.

2) согласно классификациям К.Леонгарда и А.Е.Личко, дается характеристика разновидностей проявления *психопатий и акцентуаций характера*, формирующихся в процессе развития личности. При этом следует отметить, что П.Б.Ганнушкин и К.Леонгард описывают, прежде всего, взрослых людей, а типы акцентуаций (по А.Е.Личко) ориентированы на подростков, т.е. "переломный" возраст, как важнейший период становления характера и личности.

Таким образом, при определении типа личностного развития выявляются *гармонические* (разносторонне

развитые) и *аномальные*: акцентуированные и психопатические личности, требующие к себе особый подход во взаимоотношениях, чуткость и тактичность в общении.

Акцентуации личности представляют собой крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены (акцентуированы), вследствие чего человек болезненно уязвим по отношению к одним воздействиям при относительной устойчивости к другим.

Особое внимание необходимо обратить на психопатии (аномалии характера), которые возникают не в связи с болезнью, а с достаточно стабильным отрицательным влиянием социума и проявляются в неадекватных реакциях и особенностях поведения. У таких людей, как правило, сформированы негативные *комплексы*, которые и определяют весь их психический облик, не подвергающийся значительным изменениям в течение жизни и мешающий человеку правильно адаптироваться в окружающей социальной среде.

Так, например, «комплекс неполноценности» возникает в тех случаях, когда родители и воспитатели провоцируют ребёнка на сравнения, ставя в пример других детей. Например, утверждая, что другой мальчик лучше, т.к. он более аккуратен, они унижают своего ребёнка, который начинает сравнивать себя с другими детьми. Это порой начинается ещё в дошкольном возрасте или в начальной школе, когда детям, желая им лучшее, постоянно твердят: «Смотри, он отличник, а ты троечник, он усидчив, а ты нет» и т.п. Тем не менее, взрослые, воспитывая ребёнка на подобном сравнении и показывая ему, что «другой хороший, а он плохой», невольно делают его невротиком. Комплекс неполноценности – это, прежде всего, сформированный страх сделать что-нибудь не так, это неуверенность в себе, робость, смущение и постоянная

проверка себя, порождающая неврологические реакции, связанные с постоянной оценкой своих действий и поступков: так ли он одет, так ли выглядит, каким его желают видеть. Родители или родственники, а иногда и учителя провоцируют возникновение подобного комплекса. По сути дела, это - неприятие родителями собственных детей такими, какие они есть, которое маскируется под воспитание. Сопоставляя собственных детей с другими детьми и их достижениями, они формируют в своём ребёнке, сами того не подозревая, стойкий комплекс неполноценности, ибо не дают ему возможности мягко развиваться и раскрывать собственный потенциал, соответственно его природе, хотя при этом сами обретают возможность управлять, манипулировать и обладать им. Они не замечают, что при этом подавляется уникальность ребёнка и он теряет возможность проявить свою индивидуальность, свой талант, до тех пор, пока он не придёт к самопознанию. В качестве компенсации за его ущербность (закомплексованность) в нём всё ярче проявляются его амбиции и тщеславие.

Существует также ряд других комплексов, которые формируются в результате отрицательного влияния на детскую психику стиля общения с окружающими, что ведёт к развитию тех или иных акцентуированных черт характера, которые особенно выражены проявляются в подростковом возрасте.

Формирование «комплекса жертвы» начинается с психологической установки родителей видеть своего ребёнка добродетельным, добропорядочным для того, чтобы получить признание от людей и обрести достойную оценку своей тонкой души, т.е. «внутреннего ЭГО» ему практически приходится постоянно испытывать тотальную зависимость от окружающих, что способствует появлению демонстративных форм в его поведении при проявлении

своего «Я». Главное подсознательное требование к окружающим у людей подобного типа выражается в том, чтобы их понимали и с благодарностью оценивали то, чем они пожертвовали ради родителей, а в будущем мужа (жены), детей, родных; ради работы или своих сослуживцев. Это может порой выражаться в виде покорности, которая периодически перерастает в истерические упрёки: "Я на вас потратила всю жизнь, я упустила личную жизнь, а вы не оценили мою жертву!" и т. п. В подобных ситуациях возникает требование компенсации за всё, ради чего принесена жертва. Но рано или поздно иллюзии вознаграждения разрушаются, и человек впадает в депрессию и отчаяние. Фрустрация (полное разочарование) может подтолкнуть его даже к суициду, ибо он(а) считает, что такова судьба. Но жизнь продолжается, и опять поведение всё в большей мере становится демонстративным: "Да если бы не я, вы бы не нашли даже, где стоит тарелка! Вы бы не отрыли холодильник, и даже не знали бы, что там стоит еда! Я всю ночь для вас готовила! Я не спала, я за вас переживала", - с обидой на всех твердит она, превращая свою жизнь и жизнь других в ад. Все, кто окружают подобного человека, также начинают страдать «комплексом вины», возникающим на уровне подсознания, пытаются избегать конфликтов, сводя взаимоотношения к минимуму, «болея душой». В результате фрустрации (разочарованности) проявления истероформной психопатии постепенно усиливаются и приобретают регулярный стойкий характер. Окружающие знают, что долг надо выполнять, и пытаются это делать, но человек, который страдает «комплексом жертвы», не может ни насытиться, ни поблагодарить, т.к. он этого не умеет, он только требует, ибо, прожив жизнь на уровне подсознания, он всё делал в надежде, что рано или поздно за всё ему будет вознаграждение и его оценят.

Таким образом, у него проявляется явно завышенная самооценка, выражающаяся в попытке завоевать любовь окружающих и внимание к себе своим старанием. Ущербность такого человека в том, что он не верит в то, что можно что-либо получить от жизни, если не требовать. Его счастье в том, что он, став взрослым, стремится сделать всех окружающих зависимыми от себя, убеждая их в том, что без него (неё) им обойтись невозможно.

Психологический комплекс «менялы» проявляется в навязчивом стремлении обменивать всё что угодно и на что угодно. Главная цель такого человека - это ложное искусство общения, направленное на участие в процессе выгодного обмена, в чём он и самоутверждает своё «Эго». Это обычно очень обаятельный и изобретательный человек с развитым воображением. Выдавая желаемое за действительное, он живет в самообмане, из-за чего его жизнь - это неосознаваемый азарт. У него нет дистанции, вследствие чего он становится уязвим и озабочен, поскольку только совершенно пустые идеи игры-соревнования владеют им, а жизненный опыт отсутствует.

Комплекс «скомороха» - человека - «души компании» проявляется, как правило, у «холериков» в попытках всё время создавать атмосферу веселья и радости, что связано с гиперсензитивностью. Если люди вокруг унылые, он предлагает плясать, играть, начинает смешить, а если они весёлые, то предпримет нечто противоположное, т.е. переведёт разговор на серьёзную тему. Обращая всю свою энергию на окружающих, он не может просто и незаметно уйти по-английски, ибо его жизнь, - это «игра на людях». Этот человек начинает зависеть от других. У него развивается тревожная мнительность, беспокойство, потому что ему надо быть всё время на людях, куда-то бежать, что-то с чем-то делать или кого-то опекать, он не может усидеть на месте, он всё

время суетится, и его кипучая энергия вызывает постоянное напряжение. Напряжённый ритм жизни и, особенно, порой недостаточное понимание его стремлений и отсутствие уважения к нему рано или поздно приводят его к стрессовому состоянию и фрустрации.

Комплекс «холостяка» связан с гинекофобией (подсознательным страхом перед женщиной), хотя мужчины обычно не осознают причины этого страха. Как правило, холостяками остаются мужчины, имеющие деспотичную мать, которая в демонстративной форме манипулировала и продолжает почти всю жизнь манипулировать даже своим взрослым сыном. Вырастая, подобные "мальчики" практически на весь период жизни находятся под её контролем и опекой. Они обычно не в состоянии принимать самостоятельные решения, и голос матери в них постоянно живёт. Подобные дети сами себе не нравятся, боятся разоблачения и уличения себя в своей несостоятельности. Они становятся честолюбивыми и амбициозными, т.к. их биологическая сексуальная энергия начинает развиваться в направлении того, как самоутвердиться, найти свою стезю, обрести власть, сделать карьеру. Хотя они порой и ухаживают за женщинами, строго присматриваясь к ним и удовлетворяя свои физиологические сексуальные потребности, но, тем не менее, секс для них - не главное в жизни, потому в силу ущербности их миропонимания всё сводится к достижению успеха в карьере. Женщине они всегда отводят лишь второстепенную роль в их жизни, ибо она должна, прежде всего, оценить их достижения и неустанно заботиться о них, как это делала мать. Это формирует постоянные подсознательные завышенные требования к женщинам и повышенную внимательность к своей собственной персоне, сочетающуюся с постоянной обиженностью на тех, кто не уделяет им должного

внимания. Подобная позиция мешает адекватному восприятию мира и проявлению высших чувств. Такие мужчины просчитывают каждое движение, внимательно смотрят, как женщина к ним относится, то склоняясь к мысли создать, наконец-то, семью, то категорически отвергая идею брака. В результате они, как правило, всё же не женятся, либо женятся на непродолжительное время. Таким образом, всю свою жизнь они лишь в мыслях обретают воображаемую гармонию и счастье, ибо при малейшем диссонансе им легче отказаться от женщины, чем смириться с ней. У них постоянно присутствует страх перед тем, что женщина, подобно матери, будет управлять ими всю жизни, а они предпочитают свободу. Это происходит от их душевной слабости и представляет собой вид борьбы мужского антагонизма по отношению к женщине, в силу полученного им и искажённого воспитания и неадекватного восприятия жизни, ибо ещё с детства из-за страха перед матерью у них было подавлено инстинктивное стремление обрести гармонию с противоположным полом, жить активно, ярко, полноценно. Мужчина с подобным комплексом почти всегда закрыт для женщин и малообщителен. Он напоминает "человека в футляре", живущего в своём придуманном мире. У него богатое воображение и, самооправдывая себя по каждому поводу, он, по сути дела, всегда остаётся инфантильным ребёнком, теряя возможность здраво оценивать реальность.

Комплекс "Дон Жуана" (брачного афериста) представляет собой истерическую личность. На первый взгляд, он с состраданием относится к женщинам, влекомый идеей «обогреть» их, однако при этом часто извлекает для себя и материальную выгоду. У него есть некая харизма, некий магнетизм, в силу чего почти все женщины отдают ему лучшее, когда он берёт инициативу в

свои руки. Он всегда находит женщин по своему вкусу и представлениям. Однако, главное для него – охота, ибо он стратег, разрабатывающий план. Приобретая жизненный опыт, он уже более тщательно ищет тех, кто достаточно обеспечен и привлекателен. Даже обретая семью и детей, он умудряется обольщать десятки других женщин, не испытывая при этом никаких угрызений совести. Для него подобное поведение подобно манипуляциям с игральными картами, которыми в данном случае являются женщины.

Среди женщин также можно встретить лиц, страдающих от тех или иных комплексов, заложенных ещё в детстве.

Комплекс «Фанатичка». Она невероятно религиозна и постоянно находится под влиянием очередного духовного учителя. Дома у неё хранится множество артефактов, актуальных и не очень. У неё в голове постоянные духовные искания. Для любого безумного поступка, она всегда найдет разумное, кармическое обоснование. Она может внезапно уехать куда-то по зову души, её не прельщают материальные вещи, к тому же чаще всего она избегает алкоголя и соблюдает посты. У неё — устойчивая, предсказуемая линия поведения в соответствии с канонами учения. Фанатичка не обходится и без друзей-единомышленников. Но, если кто-либо усомнится в её увлечениях, об отношениях с ней, он сможет забыть, т.к. он сразу станет её противником, не понимающим великой божественной истины.

Комплекс «Императрица». Это самый непредсказуемый типаж женщин со вспыльчивым характером и постоянным желанием выделяться. Такую особу сложно не заметить, а заставить замолчать ещё сложнее. Эксцентричная, скандальная и очень яркая личность. Она привлекает к себе спокойных и уравновешенных мужчин, которые могут вытерпеть все её

капризы и выходки. Она готова на все ради легкой славы, поклонников и головокружительной карьеры, поэтому она не слишком разборчива в связях и средствах достижения своих целей, главное для неё – пиар. С родителями она поддерживает отношения на расстоянии, и чем дальше, тем крепче узы. Бомба нуждается в новых знакомствах. Такие женщины обычно не обладают большими талантами и во всех своих неудачах обвиняют мужчин, часто заменяя их новыми.

Комплекс «*Интеллектуалка-умница*». С детства она интересуется науками, всегда стремится быть во всём отличницей. Даже четвёрка в знаниях её сильно огорчает. Она читает энциклопедии, смотрит все познавательные телепередачи, читает научно-популярные журналы. При этом бытовые ситуации ей далеко не всегда посильны. Ведь она же теоретик! На кухню её лучше вообще не впускать, она обязательно обожжет руку или испортит обед, т.к. погружена всегда в свои размышления. Она всегда готова давать советы, даже тем, кто в них не нуждается. И это порой их раздражает. У неё очень высокая самооценка и общаться она может только с интеллектуально развитыми умными людьми. Все остальные для неё интереса не представляют, что порождает конфликты с ними.

Комплекс «*Деловая женщина*». К данному психотипу относятся такие женщины, которые твёрдо знают, чего хотят, и как этого добиться. Они самостоятельные, организованные. Мужчина в отношениях с ней всегда ведомый. Она подталкивает его к повышению уровня развития, достижению желаемого ею социального статуса, она вмешивается во все его дела, пытается полностью их вести. Выбирая карьеру, женщина готова жертвовать всем и поэтому муж, дом, дети - всё может превратиться для неё в весьма болезненную проблему. Домашняя работа ей в

тягость. Её главные интересы – лишь в сфере дела. Такие дамы могут быть очень женственны, привлекательны, кокетливы, но, по существу, это женщины с измененной половой ролью, они принимают, как правило, мужскую роль. Они находятся в постоянном напряжении. Дома – она инимально справляется со своей женской ролью, а на работе ей вполне удается роль мужская. У деловых женщин, как правило, высокий уровень невротизации. У неё обычно нет ни времени, ни душевных сил на полноценное воспитание детей. Она требовательная мать и у неё всё должно быть в стиле «экстра-класс», включая и ребенка, который должен стать частью её успеха. Для неё необходимо, чтобы ребёнок соответствовал её ожиданиям. Среди таких женщин нередок парадоксальный тип: она сверх меры опекает ребенка и при этом не дает ему достаточно тепла и любви. Если это мальчик, то он вырастает зависимым с выраженной гинекофобией.

Рядом с такой сильной женщиной должен быть ещё более сильный и успешный мужчина, а найти такого нелегко. Но и в союзе с сильным мужчиной ужиться ей достаточно сложно, так как она просто не может быть ведомой. Если мужчина, встретивший её слабый и неинициативный, но готовый принять на себя женскую роль - пусть бы его кормили и обеспечивали, а он бы вел домашнее хозяйство, заботился о детях, то женщина-лидер не будет уважать такого мужа. Для неё важен престиж, а «муж-домохозяйка» вовсе не прибавляет сияния её жизненному успеху. Её семейная жизнь отступит на второй план перед карьерным ростом, зарабатыванием денег и взятием новых высот. Несомненный плюс в отношениях с ней — это хорошее материальное положение, стабильный достаток, который она приносит в семью. И чем больше денег она зарабатывает, тем комфортней себя чувствует. Ей нельзя отказать

в интеллекте, практической смекалке. Она следят и за своей внешностью и поддерживают фигуру в хорошей форме. Она невероятно деятельна и успевает буквально всё. Но не следует мечтать о размеренной и спокойной семейной жизни с ней. У неё будут частые бизнес-ланчи с партнерами по бизнесу и уикенды в компании влиятельных людей. В глазах знакомых, находясь рядом с ней, вы сможете прочесть восхищение и плохо скрываемую зависть.

Психотип «Женщина-сестра» (Синонимы: «Братуха», «Женщина-друг», «Свой парень»). Она предпочитает с детства жить как мальчишки, завидует им и стремится ни в чём не отставать от них. Любая мужская работа ей по плечу. Она предпочитает ходить в джинсах, а не в платье, носит короткую мужскую стрижку. Если в детстве, родители потворствуют ей, он впитывает в себя стереотипы мужского поведения. Она умная, добрая, благородная, обладает сильным характером, обычно честная, открытая, готовая выслушать, помочь, если попросят о этом, иногда пожалеть или поругать. Главное для неё – внутренняя свобода, которая выражается через гардероб, увлечения и образ жизни. Она может починить утюг, выполнить любую мужскую работу, но, что касается женской, то интереса к ней нет и она выполняет её «скрипя сердцем». Такая женщина из-за своего комплекса редко выходит замуж, если она всё же создает семью, то в раннем возрасте, часто не надолго. Для мужчин – она больше друг («братуха»), чем женщина. Более поздний возраст обычно отодвигает возможность выйти замуж, поскольку она не только предъявляет высокие требования к себе, старается им полностью соответствовать, но такие же требования она предъявляет и к мужчине и они не выдерживают её напора.. У неё часто беспорядок в доме. Она, хотя и старается выполнять женские обязанности, но её ребёнок

не будет выглядеть опрятно, т.к. на уход за ним у неё всегда не будет хватать времени.

Другим, полностью противоположным женским комплексом, является психотип «дочь-кукла», чрезмерно опекаемая девочка, которой внушается, что главное в её жизни – красота и быть объектом восхищения окружающих. Она стремится брать пример с моделей, участвовать в конкурсах красоты, следить за фигурой, не есть лишнего, порой в ущерб своему здоровью. Она вырастает капризной, но всегда ухоженной и хорошо одетой, всегда с хорошим маникюром и благоухающая ароматами. Её характерной чертой является ореол веселья и легкости, беззаботности. Обычно это – эгоистично настроенная женщина. Она не любит хлопоты и не сможет полноценно ухаживать ни за мужем, ни за ребенком, ни за родителями. Уровень интеллекта и её интересы не высокие, т.к. знания она черпает лишь из модных журналов. Такие женщины обычно инфантильны и требуют к себе постоянного внимания, их интересы в основном сосредоточены на красоте и любовных приключениях. Она не задумывается о последствиях или о чувствах других людей и крайне непоследовательна.

Ныне довольно часто встречается также явление нимфомании – это любовные игры, в которых объектом являются мужчины, а обольстительницами становятся женщины. Подобные ситуации были описаны американским психологом Э.Берном, одним из основоположников трансактного анализа, в его известной книге «Игры, в которые играют люди».

При выявлении комплексов, формирующихся в результате неправильного воспитания, проявляющихся в стойких неадекватных реакциях на внешние раздражители, извращенных влечениях (наркомании, патологических сексуальных потребностях) либо некорректном стиле

взаимоотношений с окружающими, можно выделить следующие характерные психопатические проявления в складе личности:

1) *Астенки*, робкие, стеснительные и застенчивые, склонные к навязчивым фобиям и пониженному настроению. Высокая чувствительность и меланхоличность приводят их к социальной замкнутости. Они боятся выступать публично. Их жизненный уклад ограничен из-за потребности в физической безопасности; они уклоняются от социальной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критики, неодобрения или отвержения их действий. Не желают вступать в какие-либо взаимоотношения без гарантии понравиться.

2) *Психастеники (шизоиды)*, люди педантичные, погруженные в размышления и анализ происходящего. На формирование данного типа личности серьезно влияет воспитание по типу "золушки" либо гиперопека при гиперпротективной матери и пассивном отце. Им бывает присущ аутизм, эмоциональная холодность, неспособность проявлять теплые чувства, нежность или гнев к другим людям. Они обычно не имеют близких друзей и доверительных связей. Интерес для них представляют такие области знаний, как астрономия, математика, философия, где они могут достигнуть больших успехов.

3) *Истерики* (чаще женщины), избалованные "кумиры семьи", стремящиеся всегда быть в центре внимания окружающих. С присущим им театральным, экстравертированным поведением они бурно проявляют свои эмоции, преувеличивая силу отрицательных ощущений. Если они не получают похвалы или одобрения, они могут быть склонны к попыткам совершения суицидов. Они подвержены влиянию окружающих и обычно не способны поддерживать глубокую длительную

привязанность. Им присуща внушаемость, чрезмерная озабоченность физической привлекательностью и постоянное манипулятивное поведение для удовлетворения своих потребностей.

4) *Параноики (эпилептоидные личности)* явно преувеличивают свои возможности и способности, как правило, выдвигают какие-либо «сверхценные идеи»; они склонны к ревности, ипохондрии, авторитарной прямолинейности. Начиная уже с подросткового возраста, им присуща тенденция интерпретировать действия других людей как унижающие их достоинство и вызывающие страх. Они кажутся малоэмоциональными, лишенными тепла, на них производит впечатление только сила и власть. В социальном плане параноидные личности выглядят деловыми и конструктивными, но часто вызывают лишь страх и создают конфликты. Обладая тенденцией к переживанию своей повышенной значимости, они постоянно относят происходящее на свой счёт и чрезмерно чувствительны к неудачам и отказам.

5) *Циклоиды* характеризуются высокой впечатлительностью, склонностью к резким сменам настроения, ранимы и легко уязвимы, порой навязчиво и подозрительно относятся к окружающим; обладают устойчивым чувством привязанности, имеют обычно пикническую конституцию.

6) *Ананкастики* склонны к проявлению гипсоматонозогнозии, obsessions (навязчивых состояний), обидчивости, ипохондрии, болезненной совестливости (как правило, они страдают от этого сами). Они обычно быстры и неловки в движениях. Их характерные черты: упрямство, любовь к порядку, правилам опрятности. Стремление к совершенству (перфекционизм) порой порождает формализм, препятствуя завершению задач. Излишняя серьёзность и недостаток чувства юмора, гибкости и

терпимости. Они способны к выполнению длительной рутинной работы, но если она не требует новшеств. В общении не идут на компромиссы и настаивают, чтобы окружающие также подчинялись их правилам. Из-за страха сделать ошибку, они нерешительны и часто долго раздумывают перед принятием какого-либо решения. Всё, что угрожает изменением привычных стереотипов, вызывает тревогу, которая скрывается за ритуалами и неадекватными настойчивыми влечениями.

По данным исследований А.Е.Личко, проводимых с подростками из неблагополучных семей, был выявлен уровень притязаний и пути личностного самоутверждения при различных психопатических акцентуациях характера. Так, отмечается, что при эпилептоидной акцентуации характерно отстаивание имущественных прав, а при гипертимной (ананкастики) наблюдается ярко выраженная борьба за самостоятельность; у истероидов проявляется выраженная реакция оппозиции, суицидальные демонстрации, склонность к кражам, приёму алкоголя и наркотиков, возможны самооговоры себя в распутстве, что используется в виде сигнала родным, указывая на потребность во внимании, заботе и любви. При отсутствии эффекта подобные подростки начинают искать внимание уже на стороне, погружаясь в мир своих фантазий. Шизоиды, встречая трудности, «уходят в себя», ищут отдушину в подростковых уличных неформальных компаниях.

Наиболее частой причиной формирования асоциального поведения у подростков является воспитание их по типу гипоопёки и безнадзорности, недостатка любви и внимания к ним детстве. Типичными проявлениями, которые можно заметить уже в детском возрасте, являются ложь, прогулы, убежание из дома, кражи, драки, употребление наркотиков и противоправные действия. В

дальнейшем отмечается грубое несоответствие между поведением и господствующими социальными и моральными нормами, равнодушие к чувствам других, неспособность поддерживать отношения, низкая толерантность к фрустрациям, склонность к агрессии, включая насилие. Подобные диссоциальные личности не способны испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта (в т. ч. и из наказания). Характерной чертой, наблюдаемой в их поведении, является неразборчивость в связях, а в будущем жестокое обращение с детьми и пьяные дебоши.

Не менее опасной акцентуацией в формировании личности является патологическая склонность к азартным и компьютерным играм. Ради достижения цели (выигрыша) такие люди рискуют своей работой, делают большие долги, нарушают закон. Как правило, «везёт» далеко не всегда и рано или поздно они приходят в «тупик». Не менее пагубными являются формирующиеся привычки, выражающиеся в kleптомании, пиромании, дромомании⁹.

Влечение к приёму алкоголя (дипсомания) и наркотических веществ ведёт к формированию стойкой психической и физической зависимости - абстиненции, возникающей в случае прекращения использования препаратов, к которым уже сформировалось привыкание.

В процессе формирования наркомании выделяют три стадии:

- 1) адаптация, сопровождающаяся изменением реактивности организма и появлением психической зависимости;
- 2) абстиненция – завершение формирования зависимости и появление психозов;
- 3) истощение организма – снижение сопротивляемости,

⁹ см. толкование данных терминов в словаре

ведущее к деградации личности и слабоумию.

В отличие от алкоголизма, который развивается на протяжении многих лет, наркомания формируется в значительно более короткие сроки (недели, месяцы).

Многие зарубежные исследователи считают, что психосоматические расстройства связаны с инфантильностью или невротическим настроем личности, что делает человека малоприспособленным к стрессовым ситуациям и конфликтам, порождая гипертонические кризы, инфаркты, инсульты и выраженные невротические симптомы, психозы, асоциальные привычки.

Наиболее тяжёлые нарушения адекватности личности связаны с проявлением *реактивных психозов*, возникающих под влиянием психической травмы: горя, сильного стресса, обиды, тревоги и опасений, ведущих к продолжительному страху, тоске и отрицательным эмоциям, приводящим к длительной бессоннице и переживаниям. У них обычно происходит нарушение адаптации на межперсональном, социальном и профессиональном уровнях, появляются отсутствовавшие ранее признаки враждебного или недоверчивого отношения к миру, социальная отгороженность, ощущение опустошённости и безнадежности, хроническое чувство постоянной угрозы, порождающее отчуждённость.

Психозы могут также возникать на фоне интоксикаций (отравлений организма наркотиками, алкоголем и др.), при тяжёлых соматических заболеваниях либо являться следствием черепно-мозговых травм или инфекционных заболеваний.

К психозам также относятся: ипохондрия, истерия, ревность, маниакально-депрессивные состояния, ступор (внезапная обездвиженность), мутизм (неспособность говорить и двигаться), что влечёт за собой помрачение сознания и последующую амнезию.

В характеристике половых особенностей, согласно теории К.Г.Юнга, отмечается, что у мужчин обычно преобладает осознание испытываемых ими ощущений, анализ и размышления, а чувствование и интуиция подавляются. У женщин, наоборот, доминируют чувствование и интуиция, в то время как функции мышления и анализа ощущений подавляются. Лишь у гармонически развитого человека могут быть сбалансированы сознательные и вытесненные характеристики восприятий. При этом большое значение придаётся социальной роли человека в обществе, уровню его апперцепции, ибо в процессе жизни он обучается вести себя в соответствии с социальными ожиданиями, приобретая определённую маску, которую носит практически каждый член общества для защиты своего внутреннего "Я". При этом на фоне алкоголизма довольно часто проявляются астенические расстройства в виде вялости, повышенной утомляемости, раздражительности или эйфории.

Аномальное формирование личности может привести к сексуальным перверзиям (половым извращениям), проявляющихся в форме педофилии, зоофилии, некрофилии, эксгибиционизма, мазохизма, садизма, фетишизма, скопофилии, вуайеризма и др.¹⁰

Агрессивно-садистические действия чаще наблюдаются у мальчиков-подростков, которые пытаются самоутвердиться, показывая свою смелость и решительность, переходящую порой в жестокость и издевательство над животными и более слабыми детьми. Они восхищаются сценами убийств, казнями, пытками, ужасами, связанные с гибелью людей при стихийных бедствиях, что формирует садистские настроения, которые часто отражаются в их фантазиях и рисунках. Некоторые

¹⁰ См. значение вышеназванных терминов в словаре

подростки пытаются самоутвердиться в асоциальном поведении: грабежах и разбоях, воровстве, насилии.

Для изучения психопатических личностей весьма эффективно используется методика Т.Дембо – С.Я.Рубинштейна. Испытуемым предлагается обозначить своё место по четырем вертикальным шкалам (здоровье, ум, характер, счастье), имеющим положительные и отрицательные значения. Это даёт возможность выявить уровень самооценки и самоудовлетворённости. Дополнительно даются ещё 4 шкалы, куда включаются: сила воли, честность, доброта, способность к прогнозированию. При этом отмечается «реальное положение», «идеальное (желаемое) Я» и «потенциально возможное» в будущем. Актуальная (реальная) самооценка психически здоровых лиц, как правило, выше средней отметки. Причем, разрыв между реальным и идеальным достаточно большой, что указывает на необходимость самосовершенствования, а «потенциальное Я» занимает промежуточное значение. У лиц истеро-возбудимого типа расхождения между «идеальным и актуальным Я» незначительны. Показатели потенциального возможного совпадают с идеальным. Это свидетельствует о завышенной самооценке, игнорировании трудностей и нарушении критичности.

В случае преобладания тормозных процессов, самооценка, как правило, занижена: значения «потенциально возможного» совпадают с «актуальными», а разрыв с «идеальным Я» настолько большой, что представляется недостижимым.

Диагностика акцентуации характера у подростков и проявления у них психопатических состояний часто проводится по методике А.Е.Личко с использованием ПДО (психохарактерологического диагностического опросника), который позволяет выявить отношение к

окружающим и к самому себе, а также отдельные стороны познавательной–мотивационной сферы и помогает раскрыть некоторые патологические отклонения в личностном развитии.

По данным исследований А.Е.Личко, отмечается, что у подростков довольно часто может наблюдаться синдром дисморфофобии, выражающийся в болезненном и необоснованном преувеличении тех или иных телесных недостатков. У мальчиков он связан с задержкой физического развития, а у девушек – с ускоренным половым созреванием.

Разновидностью дисморфофобии у девочек является синдром нервной анорексии, в основе которого лежит параноидальное убеждение в наличии чрезмерной полноты в связи с чем, они ограничивают себя в еде или голодают. Это приводит к истощению и мазохистскому влечению к самоистязанию, что свидетельствует о патологически извращённом развитии личности. Деформированное развитие личности может также проявляться и в склонности к гомосексуальным отношениям, трансвестизму, в выраженной неудовлетворённости своим полом и стремлении изменить его оперативным путём.

Наиболее тяжёлый вид негативных проявлений распада личности проявляется в маразме, при котором развивается слабоумие, ведущее к утрате интересов и контактов с окружающей средой.

Вопросы к семинарскому занятию 5

1. Типология личностей: гармонические; акцентуированные и психопатические личности.
2. Аномалии личностного развития. Причины формирования комплексов.
3. Анализ нарушений личностного развития: нарушения структуры иерархии мотивов, формирования патологических потребностей.

4. Причины и последствия спонтанного девиантного поведения.
5. Нарушения саморегуляции и опосредования окружающей действительности.
6. Характеристика реактивных психозов и невротических расстройств.

Практическое занятие

1. Тестирование по выявлению личностной направленности.
2. Определение индивидуальных особенностей личности.
3. Изучение потребностей, самооценки и мотивационной сферы активности личности.
4. Определение типа психопатий.
5. Учет индивидуальных особенностей личности в работе с пациентом. Исследования по опроснику MMPI.
6. Метод рисунка.

ТЕМА 6

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВАЯ СФЕРА ЛИЧНОСТИ

Эмоционально-волевая сфера личности и возможные нарушения её проявления имеют огромное значение для оценки состояния пациента и создания благоприятного психологического климата в его взаимоотношениях с медицинским персоналом и окружающими. Наиболее выраженные изменения эмоций проявляются при неврозах. Современные методы психодиагностики эмоций и влечений позволяют достаточно глубоко проникнуть в душевный мир человека, распознать суть его переживаний и страданий. Изучение эмоциональных реакций, состояний и чувств пациента позволяет определить их значимость

при общении с ним и оказать ему психологическую поддержку. Психологу необходимо понять и оценить удельный вес и роль стрессовых перегрузок, способствующих формированию заболевания и расстройств психики, а также дать исчерпывающую характеристику аффективных состояний, определяя их роль в развитии патологического процесса. Наиболее подробно следует обратить внимание на проявления маниакально-депрессивных состояний, определить причины, вызывающие их, наметить возможную тактику общения с такими пациентами и наметить пути психокоррекции.

Повышенное настроение и склонность к *эйфории* характеризуется нарушением самоконтроля за своими действиями, что может быть связано с психопатиями, психозами, являться результатом употребления наркотиков, алкоголя или быть последствиями черепно-мозговой травмы. Чрезмерная активность, сопровождающаяся немотивированными переходами от одной деятельности к другой, ускоренным мышлением и речью, называется *маниакальным возбуждением*, которое свидетельствует об определённом психическом расстройстве. Противоположным состоянием является *депрессивный синдром*, выражающийся в подавленном и угнетённом настроении, снижении психической активности, потере аппетита и безразличии к окружающей действительности. Данное состояние чаще всего связано с психической травмой: например, потерей близкого человека или известием о неизлечимой болезни.

У детей и подростков нередко наблюдаются *дисфории*, аффективные расстройства, выражающиеся в пониженном настроении, раздражительности и озлобленности. Неудовлетворённость окружающими и агрессивность по отношению к ним указывает на

формирующуюся психопатию либо серьёзное заболевание головного мозга.

Одним из существенных проявлений душевных страданий являются *фобии* (страхи), порой необоснованные, имеющие, как правило, психологическую основу¹¹. Они могут быть сняты посредством формирования стойкой психологической установки, выражающейся во внушении чувства уверенности, что будет способствовать восстановлению работоспособности и нормальной жизнедеятельности.

Среди методов психокоррекции эмоциональных расстройств на протяжении многих веков использовалась музыкотерапия. Успешное лечение с помощью музыки проводилось народным целителем Коркут-ата, хорошо известным на Востоке ещё в IX в.

Способность влиять на эмоционально-волевую сферу человека посредством музыкального искусства отмечалась в «Большой книге о музыке», написанной в X в., выдающимся ученым-энциклопедистом Абу Насром аль-Фараби, который впервые научно обосновал теорию влияния музыки на чувственную душу человека и использовал на практике метод исцеления больных посредством музыки. Выделяя три разновидности музыки, мыслитель указал, что музыка способна успокоить, способствуя обретению душевного равновесия; повысить настроение тех, кто пребывает в унынии; либо усилить активность тех, кто здоров, вызывая у них вдохновение и стремление к совершенству.

Музыка и слово на протяжении многих веков использовались народными целителями (бахсы) для улучшения эмоционального состояния больных людей. Эффект слова и музыкотерапии, оказывающей достаточно сильное влияние на эмоции и чувства человека, побуждал

¹¹ См. разновидности фобий в приложении

его к обретению новых душевных состояний, способствует развитию воли и уверенности в себе. Эмпирические методики музыкотерапии, использовавшиеся на Востоке в лечебных целях, и по сей день являются одним из наиболее эффективных способов психокоррекции в психотерапии¹².

Проявления патологии волевых свойств личности ещё мало изучены. В клинической практике нарушения воли проявляются в повышенной внушаемости, отсутствии умения владеть собой и нерешительности. Изменение мотивационно-потребностной структуры и волевой сферы личности обычно наблюдается при хроническом алкоголизме и наркоманиях, проявляясь в неспособности что-либо делать и доводить начатое до конца. Наркоманы и алкоголики часто перестают следить за своей внешностью, не хотят вставать с постели, отказываются от еды и соблюдения режима лечения и могут долгое время оставаться в стереотипной позе, что может сопровождаться кататонией или каталепсией и т. п. Иногда у них может возникать состояние гипербулии – повышенной активности, приводящей к маниакальному психозу, суицидальным попыткам и истерии.

При неврозе (расстройстве функционирования нервной системы), который В.Н.Мясищев назвал «болезнью развития личности», довольно часто нарушается мотивация поведения. Трудности связаны прежде всего с неудачами в жизни, и проявляются в отрицательных эмоциях, в агрессии, либо фрустрациях из-за невозможности удовлетворения потребностей в должной мере. Переживания обычно связаны с какой-либо психотравмирующей ситуацией. В.Н.Мясищев отмечал, что «неумение найти рациональный и продуктивный

¹² Музыкотерапия, как средство исцеления получила своё дальнейшее развитие в практической деятельности видного врача Востока Ибн Сины (Авиценны) и далее в музыке и поэзии видного целителя Джами.

выход из переживаний влечёт за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности.

П.К.Анохин отмечал, что полностью задержать возникающие эмоции невозможно, хотя можно подавить их отдельные компоненты: например, сдерживать выражение эмоций на лице, однако при этом стрессовое напряжение будет усиливаться и воздействовать на желудочно-кишечный тракт, сердечно-сосудистую или другие системы организма, что вызовет нарушения их функционирования. Доказано, что эмоциональное перенапряжение вызывает различного рода физиологические изменения в организме. Так, при наличии отрицательных эмоций на протяжении длительного времени могут возникать патологические состояния, такие как спазмы кишечника, гипертензия (повышение артериального давления) или дерматозы (заболевания кожи).

К.Хорни рассматривает невротические расстройства как «внутренний конфликт» порождающий «проявление заторможенного рефлекса самореализации».

По мнению БД.Карвасарского, невротические состояния можно расценивать как психогенные заболевания.

Как правило, неврозы связаны со стрессовой ситуацией, возникающей в случаях, когда ожидаемый результат деятельности не совпадает с ожидаемым.

Эмоциональная сфера детей особенно податлива стрессам. При неблагоприятных факторах развития (семейные ссоры, суровые наказания, частые драки, увлечение страшилками и фильмами ужасов) часто возникают невротические расстройства в виде страхов, которые могут сохраняться долго и переходить в устойчивые комплексы.

В подростковом возрасте часто наблюдается реакция

«гиперкомпенсации», которая выражается в настойчивом стремлении добиться успеха даже при отсутствии соответствующих возможностей и в подобных случаях, это, в конце концов, приводит к эмоциональному срыву. Возможна и реакция «оппозиции», когда эмоции выражаются в форме агрессии и девиантном поведении – «выплеску отрицательных эмоций» на окружающих.

В ряде случаев подростки возникает реакция «эмансипации», которая выражается в стремлении избавиться от постоянной опеки и самоутвердиться как личность взрослого независимого человека. Однако, встречая сильный отпор, создаётся ситуация невозможности самоактуализации, также порождающая эмоциональные срывы, которые могут привести и к суициду.

Однако не всякий стресс приводит к кризисной ситуации, которая возникает лишь в случаях опасности, унижения, потери, горя, разрушения привычного уклада жизни, неопределённости будущего, длительных страданий (более двух недель) либо фрустраций.

Данное явление стресса достаточно подробно объяснил Ганс Селье, выделив три стадии его развития.

Основными факторами, вызывающими стресс, являются профессиональная (либо учебная) деятельность и неблагополучие в семейных отношениях, либо связанные со влюблённостью. При влюблённости часто возникают перепады настроения, размолвки, причём последствия конфликтов, связанные с данным состоянием, могут быть непредсказуемыми. По мнению врача-психотерапевта В.Леви, в этом состоянии, вызванном «амурным» стрессом, «ломит душу» и «рвёт сердце» и оно может быть расценено как «любовная аддикция», порождающая девиантное поведение, может быть причислена к таким психическим нарушениям как «расстройство привычек и

влечений», которое рассматривается в классификации ВОЗ как «психическое отклонение», которое может приводить людей к необдуманным, импульсивным поступкам. Она могут быть разрушительной как наркотик.

По определению К.Г.Юнга физиологически возникающий «мотив безумия вследствие сильной ослепляющей любви является универсальным» (архитипическим, т.е. генетически обусловленным).

К.Хорни достаточно подробно проанализировала основные признаки влюблённости, которые порождают невротическую личность. Она отмечает, что «как только невротик начинает замечать, что «центр любви» смещается от удовлетворения его потребностей, он усматривает в этом опасность. Такие проявления любви как надёжность и верность отсутствуют в отношениях невротика, и проявляются в его готовности резкого изменения отношений (агрессия, бесконечные выяснения отношений, разрыв) в случае, «когда не оправдываются его эгоистические ожидания».

Великий казахский просветитель XIX в. Абай в своих «Словах назидания», обращенных в первую очередь к молодежи, отмечал, что «Нельзя уподоблять человеческую любовь привязанности животного», ибо «сущность человека составляет любовь, справедливость и душевность».

В условиях рыночной экономики часто возникает множество разных проблем. В частности, далеко не всегда есть возможность найти работу по душе, приносящую удовлетворение и возможность полной самореализации, а работа, к которой сформировалось негативное отношение, также порождает стрессы.

Следствием неудовлетворённости и фрустраций, как правило, являются отрицательные эмоции, которые переносятся на семейные взаимоотношения, порождая

новые конфликты и стрессы.

Экологическое загрязнение атмосферы и ускорение темпа жизни, равно как и интенсификация производства, также способствуют учащению стрессовых перегрузок. Согласно исследованиям американского психолога Р.Дилтса, изучавшего психологические особенности гениев, отмечается, что они предпочитают делать то, что считают нужным, даже если придётся жить в бедности. Люди, у которых высокая мотивация достижения, которые «за ценой не постоют», как правило, чаще всего подвергают себя стрессам, приводящим к гипертоническим кризам, инфарктам, инсультам и другим заболеваниям.

Первый (начальный этап) развития стресса был назван «стадией тревоги». Это период напряжения. Например, волнение перед экзаменом или другим значимым для Вас разговором, способным изменить Вашу дальнейшую судьбу. На этом этапе идёт процесс приспособления к стрессовым нагрузкам, но если тревогу не преодолеть, то могут возникнуть серьёзные нарушения здоровья. Когда мозг регистрирует стрессор, то это вызывает беспокойство. Сигнал передаётся железам внутренней секреции, что увеличивает выброс адреналина в кровь, который, в свою очередь, провоцирует вегетативные реакции. Это часто приводит к нарушению гомеостаза и разрушению отдельных клеток в зависимости от силы раздражителя.

Возникновение стресса можно определить по следующим признакам: учащается пульс и дыхание; сердцебиение становится учащённым; повышается артериальное давление и усиливается потоотделение, возможны боли в желудке и напряжение мышц.

Психологически стресс проявляется в неспособности сосредоточиться и характеризуется потерей уверенности в себе, повышенной раздражительностью, беспричинно, на

первый взгляд, страхе, гневе, затруднениях в принятии решений.

Интересный феномен, представляющий научную значимость, был описан ещё в XI веке выдающимся врачом средневекового Востока Абу Али Ибн Синой, широко известным на Западе как Авиценна. Он описал весьма интересный опыт. Возле клетки с волком помещали двух овец. Одна овца, которая находилась перед хищником, довольно скоро погибала от страха (ввиду чрезмерного стресса от такого соседства), а другая, которая тоже была рядом, но не видела волка, т.к. он находился за плотно закрытой перегородкой, оставалась живой. Стрессогенный фактор был менее впечатлителен, и стресс, можно было перебороть.

Второй этап развития стрессовых реакций характеризуется активным сопротивлением организма, проявляющимся в реализации всех адаптационных ресурсов. Выделяющаяся энергия, направленная в нужное русло, помогает преодолеть трудности, обрести уверенность в себе, реализовать себя наиболее полно и испытать чувство удовлетворения, победив возникший вначале страх. Однако, если напряжение долго не получает разрядки, то происходит нервный срыв, ибо возможности любого организма не безмерны. Длительный стресс и безвыходность положения, отсутствие видимых путей к решению жизненно важных задач приводит к тому, что организм исчерпывает свои адаптационные (приспособительные) возможности. Гиперстресс (или дистресс) истощает запасы симпатико-адреналовой системы, ибо «адаптационная энергия также не беспредельна». Таким образом, длительный стресс и состояние тревоги могут породить болезнь, в то время как непродолжительный стресс, наоборот, повышает активность организма, создаёт состояние душевного

подъёма и вдохновения. Можно с уверенностью утверждать, что спортсмен, участвуя в соревнованиях и актёр, выступая на сцене (особенно на премьере), испытывают страх и волнение, порождающие стресс. Но именно от того, как скоро они смогут преодолеть страх и почувствовать уверенность в себе, зависит их успех и вдохновение в деятельности.

Третья стадия стрессового перенапряжения – истощение (постстресс). При длительном воздействии стрессогенных факторов, из-за постоянного и продолжительного напряжения возможны нервные срывы и различные физиологические дисфункции, ведущие к серьёзным нарушениям здоровья. Сегодня уже доказано, что большинство заболеваний связано с продолжительными стрессовыми ситуациями, приводящими к нарушению гомеостаза (адаптационного равновесия) в организме. Так, доказано, что не только инфаркты и гипертонии, неврозы и психологические срывы являются результатом чрезмерных и продолжительных стрессов. Язва желудка, во многих случаях, также порождается именно стрессовыми перегрузками и берёт своё начало от тех точечных кровоизлияний, которые возникают от напряжения при стрессе в слизистой желудка и далее перерастают в изъязвление всей слизистой, вызывая нарушения пищеварения, потерю сна, провоцируя появление мучительных «голодных» болей по ночам и др. симптомов. Известно много случаев, когда студенты, сильно переживая, из-за боязни испортить свой «диплом с отличием», испытывали чрезвычайные перегрузки и волнения. Они прилагали максимум усилий, отказывались от всех «радостей жизни», получали свой долгожданный «красный диплом», но, исчерпав все энергетические запасы и адаптационные возможности организма, впадали

затем в длительную депрессию, выражающуюся в абулии – безразличии ко всему окружающему миру¹³. Восстановить утраченное здоровье в подобных случаях бывает нелегко, т.к. развивается стойкий невроз, требующий длительного лечения.

Академик В.В.Парин подчёркивал, что концепция стресса Г.Селье во многом изменила принципы лечения и профилактики целого ряда заболеваний.

Так, например, как утверждает Г.Селье «действие стресса может быть благотворным (при различных формах шоковой терапии физиотерапии и трудотерапии) или губительным – в зависимости от того, борются с нарушением или усиливают его биохимические реакции, присущие стрессу (например, гормоны стресса или нервные реакции на стресс). Стрессор возбуждает гипоталамус (пути передачи этого возбуждения до конца не выяснены); продуцируется вещество, дающее сигнал гипофизу выделять в кровь адренокортикотропный гормон (АКТГ). Под влиянием же АКТГ внешняя корковая часть надпочечников выделяет кортикоиды. Это приводит к сморщиванию вилочковой железы и многим другим сопутствующим изменениям – атрофии лимфатических узлов, торможению воспалительных реакций и продуцированию сахара (легкодоступный источник энергии).

Последствия стресса часто приводят к депрессиям – погружению в негативные эмоции, снижению или усилению аппетита и жизненной энергии, нарушению сна.

При депрессиях наблюдается пониженная концентрация внимания, ослабление памяти и мышления, сильная эмоциональная боль, приносящая страдания и

¹³ пример данного случая описан в образце медико-психологической экспертизы пациента. См. приложение 5.

отсутствие желания что-либо делать. У человека снижается иммунитет (защитные свойства организма) и повышается вероятность сердечно-сосудистых и неврологических заболеваний, в частности инфаркта и инсульта. Всё это обусловлено причинами, породившими стрессовую перегрузку, вызванную ухудшением взаимоотношений с окружающими (конфликтами), утратой жизненных целей, которые теперь представляются абсолютно невозможными, отсутствием радости и удовлетворённости жизнью.

У женщин депрессия наблюдается в два раза чаще, чем у мужчин. Она может быть связана с физическим или моральным насилием, нежелательной беременностью или невозможностью забеременеть, может быть связана с неприятностями на работе или в семейных отношениях, а также с множеством однообразных семейных обязанностей, которые становятся в тягость.

При обследовании эмоционально-волевой сферы пациента следует обращать особое внимание на его позу, мимику, темперамент, уровень нейротизма¹⁴ и формы проявления эмоций и чувств. Немаловажное значение имеют вегетативные реакции (побледнение, покраснение кожных покровов, изменение частоты дыхания, учащение пульса, изменение артериального давления и др.).

В экспериментах было установлено, что в зависимости от настроения и эмоционального состояния человек отдаёт предпочтение различным цветам спектра. Достаточно эффективен цветовой тест М.Люшера. Использование восьми наиболее значимых цветов¹⁵ позволяет выявить эмоциональный настрой пациента, его стремления и проявление волевых качеств в процессе удовлетворения потребностей. Согласно цветовому тесту

¹⁴ См. приложение 2. Тест Г. Айзенка

¹⁵ См. приложение 3. Тест Люшера

М.Люшера, отрицательные эмоции обычно сопровождаются депрессией (чрезмерным спокойствием, ведущим к безразличию) и проявляются в повышенном тяготении к синему цвету, а также снижении чувствительности к красному и наоборот. При маниакальном возбуждении и повышенном настроении возрастает стремление к красному и другим ярким цветам.

Типы реакций на психологический стресс могут быть связаны с попытками обойти или устранить препятствия посредством агрессивности или чрезмерного смирения, стремления сублимировать (заменить) имеющуюся цель на другую, более доступную.

Снять отрицательные последствия стресса можно посредством релаксации, разрядки эмоций через физические упражнения или плач, дыхательные упражнения и тёплый душ. Во многих случаях весьма полезна бывает музыка¹⁶ и переключение внимания на значимые для пациента действия, приносящие ему радость.

Вопросы к семинарскому занятию 6

1. Виды эмоциональных нарушений.
2. Маниакальное возбуждение.
3. Депрессивный синдром.
4. Стресс и его последствия.
5. Учёт эмоционального состояния пациента при работе с ним. Методика Г.Айзенка.
6. Методы психодиагностики эмоциональной сферы пациентов. Цветовой тест М.Люшера.

¹⁶ Методика снятия стрессовых перегрузок посредством музыки разработана и впервые апробирована в Казахстане автором данной книги.

Т Е М А 7

НАРУШЕНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЛИЧНОСТИ

К познавательным (когнитивным) процессам относятся: ощущения, являющиеся первоосновой познания; восприятия - активный процесс комплексного отражения окружающего мира; память, обеспечивающая запоминание, сохранение, воспроизведение и узнавание того, что было воспринято или пережито; воображение, основанное на трансформации раннее воспринятых образов в качественно новые, и проявления творческой активности; мышление - высшая форма отражения, присущая человеку, связанная с осознанием окружающего мира посредством вскрытия сути взаимосвязи и отношений между объектами, способностью производить обобщения, анализировать факты.

Наиболее частыми нарушениями ощущений у больных являются *гиперестезии* (повышенная чувствительность), *гипоестезии* (пониженная чувствительность), *анестезии* (отсутствие чувствительности), *парестезии* (специфические формы ощущений, выражающиеся в жжении, покалывании, стягивании и т.п.), сенсопатии (неприятные и тягостные висцеральные ощущения, например: зуд, боль). Изменения в адекватности ощущений связаны, как правило, с органическими или функциональными нарушениями нервной системы, невротическими или невротозо-подобными состояниями. При зуде часто возникает раздражительность и гневливость, а при болях нарушается сон, снижается аппетит. При беременности довольно часто изменяются вкусовые ощущения.

Изменение вкусовых ощущений называется *дисгвезия*, а

их отсутствие *агвезия*. Иногда наблюдается *парагвезия*, под которой понимается расстройство вкусовой чувствительности, проявляющееся в возникновении вкусовых ощущений при отсутствии соответствующих раздражителей.

Нарушение цветового зрения, характеризующееся неспособностью различать красный и зелёный цвета, называется *дальтонизмом*¹⁷.

К нарушениям восприятий относятся агнозии, парейдолии, акаозмы и галлюцинации.

Агнозии связаны с локальными нарушениями физиологических функций коры головного мозга и проявляются в виде зрительных, слуховых или тактильных нарушениях восприятий. При агнозии наблюдается отсутствие узнавания известных объектов, особенно при их нечёткости или недостающих деталях. Больные не узнают знакомых, плохо реагируют на мимику собеседников. У некоторых больных агнозии могут быть связаны с нарушением пространственных ориентаций либо невозможностью распознавать знакомые звуки.

Парейдолии связаны с восприятием причудливых образов, возникающих, например, при рассматривании орнамента ковра. Они могут возникать при переутомлении и невротических расстройствах.

Акаозмы – это иллюзии шума в ушах или других несуществующих в данный момент звуков.

Галлюцинации возникают при нарушениях психики как следствие интоксикации (алкогольной, наркотической), лихорадки или психических заболеваний. Они связаны с возникновением несуществующих образов и звуков, которые в отличие от иллюзий не поддаются критическому осмыслению.

¹⁷ назван по имени английского учёного Дальтона, страдавшего данным недугом и впервые научно описавшего его.

При ряде заболеваний, особенно при лихорадке и органических повреждениях мозга, могут возникать такие расстройства восприятия, как *деперсонализация* – искаженное самовосприятие и *дереализация*, при котором больные воспринимают всё искаженно (как через толстое стекло). При этом окружающая обстановка им кажется не такой, как всегда, но конкретные изменения они определить не могут.

Для анализа нарушений ощущений и восприятий проводятся тестовые и экспериментальные исследования, подробный сбор анамнеза с расспросом об изменениях в перцепции. Метод наблюдения за поведением, мимикой, взаимоотношениями с окружающими позволяет выявить симуляцию и фантазии пациента либо диссимуляцию – попытку скрыть извращённые восприятия.

Среди нарушений памяти можно выделить *гипомнезию* – пониженный уровень памяти; *амнезию* – выпадение памяти, т.е. её отсутствие. Амнезии (ретроградная и антеградная) возникают, как правило, в результате травм, отравлений или при психозах.

Особый интерес представляет амнестический или *корсаковский синдром*¹⁸, который возникает чаще всего при алкоголизме. После алкогольного (корсаковского) психоза человек не может ничего вспомнить из того, что было с ним во время и после приёма алкоголя.

При травмах и нарушениях функций головного мозга может возникать *антеградная* амнезия, связанная с забыванием текущих событий после развития заболевания, или *ретроградная* амнезия, при которой выпадают из памяти события, предшествовавшие опьянению или заболеванию. При этом в памяти полностью хорошо сохранена информация о том, что происходило в далёком

¹⁸ назван по имени врача-психиатра С.С.Корсакова в 1890 г., впервые описавшего его.

прошлом.

Реминисценция – запоздалое воспоминание, связанное с торможением нервного импульса в коре больших полушарий (при волнении, страхе и т.п.). Учёными доказано, что наличие фобий и депрессий значительно ухудшают память.

Парамнезии – ошибки памяти, могут проявляться в форме *конфабуляций*. При этом пробелы в памяти восполняются за счёт спонтанно воображаемых событий и фактов, не имевших место в действительности, неосознанно замещающих реальную действительность. Подобное явление наблюдается при алкоголизме и старческом психозе в связи с нарушением функций лобных долей головного мозга. К парамнезиям относятся также *псевдореминисценции*, при которых пациенты вспоминают то, что видели во сне, или то, что имело место в далёком прошлом, выдавая свои впечатления за реальность.

Встречается также явление *гипермнезии*, болезненное запоминание каждой мелочи, навязчивость воспоминаний в состоянии маниакального возбуждения. А.Р.Лурия описал пример из жизни корреспондента С.В.Шерешевского, который страдал от того, что не мог ничего забывать¹⁹.

Большой вклад в изучение процессов памяти внёс Т.Рибо. Он открыл «закон обратного развития памяти» и определил следующую закономерность в последовательности забывания: сначала забываются ближайшие текущие события, затем – общие идеи, чувства и, в последнюю очередь, действия. Амнезия знаков и символов происходит в таком порядке: имена собственные, существительные, прилагательные, глаголы, междометия, жесты. Восстановление памяти осуществляется в порядке первоначального запоминания, т.е. сначала вспоминаются

¹⁹ Лурия А.Р. Маленькая книжка о большой памяти. – М.:МГУ, 1986

довольно простые и старые воспоминания, а затем недавние и более сложные.

В обосновании «закона развития воображения» Т.Рибо выявил, что чем больше развито мышление, тем более регрессирует воображение, т.е. в зрелом возрасте, при развитом мышлении, воображение приходит упадок, и наоборот, при инфантильности у человека сохраняется и усиливается воображение, но затормаживаются процессы мышления. Однако эта теория спорна. В частности, С.Л.Рубинштейн утверждал, что с развитием мышления ещё в большей мере должно развиваться и воображение.

Для исследования воображения и его взаимосвязи с мыслительными процессами, посредством чего возможно выявить внутреннее душевное состояние пациента, приемлем тест «чернильных пятен» Роршаха. Описываемые образы, которые воспринял пациент, свидетельствуют об уровне развития его перцепции и воображения. Определённую информацию даёт анализ сновидений и рисунков пациента. Мрачные образы в воображении характеризуют переживания и страдания больного. Французский психолог Т.Рибо предлагал проводить также анализ пропорциональности трёх компонентов воображения: бессознательного, эмоционального и интеллектуального. Не менее важную роль имеет использование средств искусства (музыки, литературы, изобразительного искусства) для определения уровня эмоциональности, впечатлительности и характера воображения.

Исследования уровня развития мышления проводят на основе уточнения понимания пациентом смысла сказанного, особенно при использовании полисемичных слов. Так, интеллектуально малоразвитый человек не понимает смысл ряда пословиц, метафор и шуток, а юмор может истолковать превратно. При нарушении

функционирования лобных долей больших полушарий наблюдается *гебефрения* (шутовство, плоские шутки). При ряде соматических заболеваний пациент, страдающий от боли, не всегда способен воспринимать шутки, которыми его иногда хотят подбодрить.

Характеризуя уровень нарушения мыслительных процессов, обращают внимание, прежде всего, на его продуктивность и целенаправленность.

Продуктивность нарушенного мышления выражается в навязчивых, сверхценных и бредовых идеях, а также в употреблении неологизмов (непонятных необычных слов). Характеризуя направленность мышления, можно выделить *резонёрство* (бесплодное мудрствование), *аутичность* (односторонность и «уход в себя»), *персеверацию* (застывание на какой-то одной ассоциации), *символизм* (построение выводов на основании случайных ассоциаций).

Немаловажное значение имеет темп речи. Убыстрённый темп (*агитофазия*), торопливая и малопонятная речь, обычно связан с проявлением эйфории, а замедленный темп (*брадифазия*) - с заторможенностью мышления. Нарушение стройности речи может проявляться в виде *логоневроза* (заикания) либо *логофобии* - страха выступления перед аудиторией (перед классом). При выраженном нарушении мышления может появиться *паралогичность* (алогичность) и *амбигуэнтность* (высказывание взаимоисключающих идей).

При психических заболеваниях довольно часто отмечается *разорванность* мышления (нет связи между отдельными мыслями), *бессвязность* (отсутствие связи между словами), *вербигерация* (повторение одних и тех же слов и словосочетаний). При ипохондрическом синдроме больные пессимистически оценивают своё состояние,

говорят о сильных страданиях и после эмоционального возбуждения часто впадают в депрессию.

Нарушения интеллекта проявляются в *олигофренических* проявлениях трёх степеней тяжести.

Лёгкая степень – *дебильность*, при которой ещё возможно развить способность к абстракции и обобщению, т. к. запоминание и речь нарушены незначительно. Отмечается относительная адекватность мышления и самостоятельность в привычных условиях, а также удовлетворительная социальная адаптация.

Уровень психометрического коэффициента интеллектуального развития, определяемого по шкалам Стенфорда-Бине и Векслера, соответствует показателям 50-70.

Средняя степень олигофрении – *имбецильность*. Больные с трудом могут писать лишь несколько слов, считать лишь в пределах десятка, речь бедна и косноязычна. Они неспособны к пониманию отвлечённых понятий, порой неловки, неуклюжи, но могут приобретать элементарные навыки трудовой деятельности и самообслуживания. Темп их психического развития очень замедлен, поэтому они не подлежат обучению даже во вспомогательной школе. С ними возможна лишь индивидуальная неторопливая работа т.к. их коэффициент интеллекта колеблется в пределах 29 – 49.

Тяжёлая степень нарушения интеллекта называется *идиотией*, при которой речь и мышление отсутствуют полностью и больные даже не могут овладеть навыками самостоятельного обслуживания себя. Они вялые, малоподвижные, но иногда у них возникает немотивированная агрессия и аутоагрессия, т.е. они могут внезапно ударить, укусить, а порой и поцарапать самих себя. Их жизнь проходит на инстинктивно-бессознательном уровне. У них выражено влечение к

онанированию, стереотипным примитивным однообразным движениям (взмахи руками, раскачивание тела, хлопанье в ладоши). Уровень их интеллекта обычно менее 20.

Особое внимание следует обратить на появление *деменции* – развивающегося слабоумия как следствия деградации личности. Причиной этих нарушений могут быть тяжёлые травмы головного мозга, ряд осложнённых форм соматических заболеваний (повторных инсультов, гипертонической болезни, атеросклероза), хронического алкоголизма, либо старческих деградационных нарушений физиологических функций мозга.

Изучение интеллекта и уровня развития мыслительных способностей проводят с помощью использования тестов и методик: «классификации», «исключения», «сравнения понятий» и др.

Мышление в большинстве случаев определяется через характер речи пациента. Однако могут быть нарушения только речевой деятельности, не связанные с мышлением, которые называют *афазиями*.

Различают три вида афазий.

1) *Сенсорная афазия* сопровождается нарушением понимания речи и даже простых жестов. При этом, хотя человек и говорит свободно без остановок и напряжения, он всё же искажает звучание отдельных слов и слогов.

2) *Моторная афазия* характеризуется нарушением способности говорить. Больные отвечают односложно, как маленькие дети, но достаточно хорошо понимают обращённую к ним речь.

3) *Амнестическая афазия* связана с забыванием или путанием отдельных слов и названий предметов. Например, вместо слова “сабля”, больной может сказать “ружье” и т.п.

Следствием черепно мозговой травмы или органического поражения мозга может проявиться *алексия* (неспособность читать), *акагаграфия* (нарушение способности выразить мысль в письменной речи), *парафазия* (путание букв и слогов), *мутизм* (отказ от общения).

Вопросы к семинарскому занятию 7

1. Психологическая характеристика нарушений адекватности ощущений и восприятий.
2. Медико-психологическая сущность агнозий, боли и зуда.
3. Психологические методики исследования памяти.
4. Выявление нарушений мышления и речи.
5. Значение анализа сновидений и галлюцинаций.
6. Определение коэффициента интеллекта. Психологическая диагностика олигофрении.

Т Е М А 8

НАРУШЕНИЯ ПСИХИКИ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

К соматическим заболеваниям относятся все нарушения нормального функционирования внутренних органов. Неадекватные реакции на раздражители со стороны внутренних органов, часто возникающие в результате конфликтных взаимоотношений между людьми в обществе или семье, являются одним из важных звеньев в развитии многих заболеваний. Нарушение тех или иных функций проявляется, как правило, через неразрывную связь с нервной системой и выражается в тех или иных невротических симптомах.

Помощь психолога в коррекции соматических заболеваний заключается в формировании психологической установки на снижение эмоциональной перевозбужденности человека. Это способствует улучшению психологического климата в том социуме, в котором он находится. Несмотря на то, что соматические заболевания различны, они, тем не менее, могут быть объединены между собой рядом общих признаков.

1. Начало заболевания провоцируется, в большинстве случаев, психологическими факторами, такими, как эмоциональная психическая травма или стресс. При этом действия стрессогенных раздражителей могут быть кратковременными (например, из-за смерти близкого человека), или долговременными, проявляющимися в частых конфликтах в семье или на работе. Длительная болезнь близкого человека или хронически неразрешимые проблемы могут также быть одной из весьма существенных причин, вызывающих психосоматические расстройства. Например, они могут возникать из-за чрезмерно критического отношения к своим индивидуально-личностным особенностям, сформированным комплексам неполноценности, инвалидности или наличия уродств.

2. Стрессовая ситуация может вызывать не только начало соматического, но и обострение хронических заболеваний, провоцировать рецидивы.

3. Течение заболевания в определенной степени зависит от пола и стадии полового созревания. Например, бронхиальная астма до периода полового созревания в два раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, в то время как в более зрелом возрасте чаще бывает у женщин, нежели у мужчин.

4. Психосоматические расстройства, как правило, имеют обострения в определенное время года, т.е. носят сезонный

характер. Так, весенне-осенние обострения свойственны язвенной болезни, а при псориазе выделяют зимнюю и летнюю формы.

5. Психосоматические расстройства возникают чаще у лиц с генетической и конституциональной предрасположенностью. Так, к наследственным заболеваниям относятся гипертонические расстройства, близорукость и некоторые другие. Один и тот же эмоциональный стресс может вызывать у разных людей различные реакции и заболевания, что связано не только с генетической предрасположенностью к ним, но и характерологическими особенностями личности. Так, у возбудимой личности, склонной к агрессивным реакциям, при вынужденном сдерживании их повышается артериальное давление (т.е. у таких людей есть склонность к гипертоническим кризам). У застенчивых и впечатлительных людей с комплексом неполноценности часто развивается неспецифический язвенный колит.

Таким образом, ведущим фактором, провоцирующим возникновение большинства соматических заболеваний, является, прежде всего, нарушение адаптации, т.е. приспособления и защиты организма. Человек постоянно существует в условиях стресса, т.к. он не может быть изолирован от влияния окружающей среды, которая постоянно оказывает существенное влияние на его здоровье.

Г.Селье утверждал, что даже «спящий человек» способен испытывать стресс.

Связь между психикой и телом осуществляется посредством вегетативной нервной системы и проявляется в виде различных вегетативно-сосудистых реакций. Психогенная ситуация, как провоцирующий фактор, запускает механизм образования общей неспецифической реакции адаптации. Наиболее часто встречаются три типа

таких реакций:

1. симптомы слюнотечения, потливости, рвоты, учащённого мочеиспускания, поноса и др. могут возникать, например, при волнении перед экзаменом, ответственным докладом, отчётом;

2. температурные реакции возникают при сильном плаче, переутомлении или прорезывании зубов у детей. У женщин, при длительной психотравмирующей ситуации, температура может повышаться до субфебрильной;

3. учащённое сердцебиение, повышение артериального давления и сердечные спазмы возможны при длительных перегрузках в деятельности и конфликтах в семье.

Соматические заболевания являются, как правило, следствием нарушения гомеостаза в организме. В результате нарушения целостности тканей организма и других патологических явлений, происходящих в нём, возникает дестабилизация психофизиологического баланса между различными системами, вследствие чего отдельные органы берут на себя повышенную нагрузку, с которой не всегда способны справиться. Многие болезни связаны с изменениями в привычной окружающей среде: переохлаждением или перегреванием организма; ослаблением его в ходе деятельности; недостаточно калорийным питанием. В большинстве случаев, активизация микроорганизмов, попадающих в организм, приводит к снижению иммунной защиты.

Улучшение условий жизни, питания и окружающей среды может способствовать сохранению и поддержанию хорошего здоровья.

Следует отметить, что во всех случаях при заболеваниях у человека нарушается его психическое равновесие и восприятие мира становится не всегда адекватным. При многих соматических заболеваниях в состоянии обострения могут возникать различного рода

расстройства психики и психических процессов. Они обусловлены, в первую очередь, душевными переживаниями, решением каких-либо жизненно важных проблем и сопровождаются изменением психофизиологических реакций, что нарушает стабильность душевного равновесия человека, вызывая перепады настроения и другие эмоционально-стрессовые сдвиги, т.е. практически все соматические заболевания начинаются с дисбаланса нейрогенных механизмов регуляции гомеостаза, нарушающих активность, аппетит и сон человека. У больных появляется раздражительность, утомляемость, обидчивость. Возможна плаксивость и истерики, особенно у женщин. Необходимость нахождения в постели вызывает, как правило, угнетённость настроения, тоску, тревожность или апатию. У больного появляются мучительные сомнения об исходе болезни, её последствиях, возможных осложнениях. Часто возникают мысли о родственниках, переосмысляются взаимоотношения с ними. В этот период больные часто проявляют равнодушие к себе, отказываются от еды. При некоторых заболеваниях и равнодушном отношении со стороны родственников могут наблюдаться и суицидальные попытки.

Во всех случаях нарушения здоровья чрезвычайно важна психологическая помощь и поддержка, способствующая нормализации взаимоотношений с окружающими и родственниками и обретению чувства уверенности в выздоровлении. Тем не менее, появление эйфории довольно часто не является признаком выздоровления, а наоборот, предвестником неблагоприятного исхода. В большинстве случаев она связана с кислородным голоданием мозга и неадекватной реакцией на болезнь.

При хронических заболеваниях обычно формируются

психологические комплексы, проявляющиеся в заострении личностных особенностей и реакций организма. Довольно часто акцентируется комплекс неполноценности из-за необходимости следовать диете, избегать перегрузки, что в значительной мере ограничивает социальные контакты, изменяет эмоциональную окраску переживаний. Возможна ипохондрия и множество мнимых жалоб на плохое состояние. Подобные люди, живущие в условиях гиперопеки, зачастую эгоистичны, порой враждебны и угрюмы. Они требуют к себе постоянного внимания и повышенной заботы. Им присуща мнительность, стеснительность и тревожность. Тем не менее, некоторые пациенты, страдающие хроническими заболеваниями, используют своё состояние для давления на окружающих, добиваясь того, чего они не могли достичь в здоровом состоянии. Так, дети часто пытаются добиться сочувствия родителей и повышенного внимания к себе, ссылаясь на те или иные болезненные симптомы, чтобы не пойти в школу и побыть дома, а для взрослых – это шанс немного отдохнуть от работы и перегрузок, обрести релаксацию и восстановить силы. Это своего рода подсознательная (а порой и сознательная) форма снятия переутомления и регуляции своего здоровья.

В этой связи в медицинской психологии особое внимание уделяется тем ведущим симптомам, которые вызывают изменения в психике и подлежат своевременной коррекции с целью быстреего исцеления и реабилитации пациента.

Психологический настрой и вера в выздоровление способствуют нормализации дисфункций посредством мобилизации защитных сил организма, использования резервов психики, благодаря умелому направлению их на психофизиологическую регуляцию и восстановление временно утраченных функций.

А) Болезни органов дыхания

Система дыхания обеспечивает важнейшую физиологическую функцию жизнедеятельности человека. Без дыхания – нет жизни. Для дыхания необходим свежий чистый воздух. Нарушение процессов дыхания часто связано с экологически неблагоприятной средой. Так, в больших городах загрязнённый воздух сокращает продолжительность жизни людей и способствует формированию многих лёгочных заболеваний. Курение, алкоголь и наркотики во многих случаях также способствуют их развитию.

Наиболее серьёзным заболеванием, которое может привести и к летальному²⁰ исходу, является *пневмония*. Она часто сопровождается выраженными патологическими нарушениями, такими как высокая температура, на фоне которой возможен тревожный сон, кашель, затруднение дыхания, изменения сознания, бред, галлюцинации, особенно в первые дни и в разгар заболевания. Больному надо обеспечить покой, тишину, лечить медикаментозно и дать возможность чувствовать, что рядом с ним его родные и близкие, которые очень внимательно и чутко относятся к нему, что значительно повысит защитные возможности организма в борьбе с тяжёлым заболеванием.

Бронхиальная астма – наследственно обусловленное заболевание, связанное с непереносимостью аллергенов, находящихся в воздухе. Частые приступы удушья провоцируют появление фобий и истерических расстройств. Вместе с тем лица, страдающие данным хроническим заболеванием, обычно аккуратны и обязательны, что способствует, в какой-то мере, поддержанию необходимых организму дыхательных функций.

²⁰ смертельному

У большей части больных существенную роль в развитии и прогрессировании заболевания играет конфликт близости с окружающими, выражающийся в стремлении к дистанцированию.

В ряде исследовательских работ по изучению механизма развития бронхиальной астмы указывается на психологический конфликт «владеть-отдать», который отражается в таком естественном физиологическом процессе, как «вдыхать-выдыхать». Идея свободы и независимости всегда упирается в то, что иметь и как иметь. Это изначально двойственный процесс, который порой нарушается на психологическом уровне, ибо люди не всегда могут «отдать», но хотят «получить», прежде всего, - «воздух», которого им так не хватает. Они хотят быть понятыми, хотят нежности и любви, но не могут, не умеют или боятся отдать что-либо взамен. Однако, как указывает Д.Брайтигам, для того, чтобы получить нежность и любовь, нужно раскрыться самому, но страх или нежелание препятствуют этому, т.е. при астматической одышке одновременно с воздухом задерживаются и эмоции, способствуя возникновению подсознательного страха. Страх ожидания очередного приступа может порождать истероформные расстройства и ипохондрию. Подобные особенности характера свойственны людям с ипохондрическими и истеричными чертами личности, которые всегда хотят, но боятся. Сдерживая себя до поры до времени, они рано или поздно срываются. Причем перед этим срывом подсознательное нежелание «отдать» проявляется наиболее ярко, ибо приступ бронхиальной астмы обычно заканчивается рыданием: «возьмите, только отстаньте от меня». Сам приступ можно сравнить с подавляемым плачем как протест против свободы и независимости,

представляющий собой, по мнению В.Вейзаекера, «плач лёгких».

В межличностных взаимоотношениях с окружающими людьми, которые являются доминирующими в развитии болезни, устанавливается контакт в форме защитного поведения, которому присущи реакция страха, повышенная чувствительность, недоверчивость, педантичное упрямство либо уступчивость. Это выражается в противоречивом и пролонгированном²¹ конфликте избегания окружающих. В тех случаях, когда дистанция не поддерживается, наступает астматический приступ, который обусловлен эмоциональной опасностью «лишения» или «слияния» со значимым объектом. В силу этого, как правило, проявляется страх как перед большой близостью с ним, так и перед дистанцированием от него. Тесно переплетаются амбивалентные чувства сверхуступчивости и внутренней раздражённости, порой переходящие в скрытую враждебность. В концепции Г.Йореса указывается на проблемы, смежные с астматическими. Так, нежелание отдать любовь может компенсироваться желанием отдать нечто иное, а именно: гнев, ярость, оскорбления, что, по сути, является претензией к самому себе, спроецированной на другое лицо. Когда возникают трудности, провоцируется хронический кашель или чихание, что подобно рыданию после астматического приступа, хотя имеет свою психологическую специфику. При разгрузке от бронхиального секрета больной через кашель как бы выражает свой протест обществу, что препятствует вдоху, в результате чего возникает нервный спазм. Это называется «закатыванием» и проявляется чаще у детей в ответ на строгость родителей. Дети более сензитивны, чем взрослые, и легко отличают истинную любовь от ложной,

²¹ длительном

хотя ещё не осознают сути этого явления, однако недостаток внимания и чуткости к ним порождает у них неуверенность в себе. Психологическая помощь больным с заболеваниями органов дыхания необходима для обретения уверенности в себе и активизации защитных сил организма. Способность противостоять болезни развивается лишь в случае доброжелательного отношения к ним со стороны окружающих. Соблюдение психогигиенических требований даёт возможность для благоприятной адаптации к условиям жизни, способствует формированию конформности и нормализации психофизиологического статуса. Необходимо помочь больным сохранить баланс между двумя полюсами отношений, т.е. найти «золотую середину» в определении уровня «близости» и «дистанции», предотвращая нежелательное повышение их возбудимости. Хороший эффект в лечении дают правильные психологические установки, аутогенные тренировки и гипнотерапия.

Б) Болезни сердечно-сосудистой системы

Сердце - второй жизненно-важный орган. Нарушение деятельности сердца ведёт, как правило, к изменению всех других физиологических функций в организме. Внимание к работе сердца, натренированность его в ходе повседневных физических упражнений, создаёт благоприятные предпосылки для его работоспособности. При нарушениях деятельности сердца психика мгновенно реагирует, вызывая защитную стрессовую реакцию, мобилизирующую все остальные системы на поддержание необходимого гомеостаза. Тем не менее, при частых перегрузках организм может не справиться, что приведёт к нарушению психофизиологических процессов и серьёзные

осложнения, если вовремя не нормализовать психологическую обстановку.

Так, быстрая утомляемость, головные боли, раздражительность, нарушение сна, тревожная мнительность и опасение за состояние своего здоровья сочетаются с аккуратностью, прямолинейностью и категоричностью при *гипертонической болезни*. При высоком подъёме артериального давления может возникнуть кратковременное расстройство сознания типа оглушения с нарушением ориентировки. При этом может появиться *акайрия* (нарушение речи, связанное с повторением одних и тех же стереотипных вопросов и слов).

Нарушение психической деятельности при *инфаркте миокарда* связано с расстройством кровообращения, возникающего при атрофии отдельных участков сердечной мышцы (миокарда). Предвестником заболевания является ощущение «затуманенной головы», что вызывает нечёткость восприятий, головную боль, тревогу, а порой и эйфорию. Срывы могут происходить из-за перенапряжения, повышенной активности, чрезмерного трудолюбия, упрямства. Из личностных качеств пациентам присуща высокая самолюбивость и требовательность, инициативность, эгоцентризм, гипербулия и нетерпимость к окружающим, что и нарушает гомеостаз организма, приводит к повышенным стрессовым перегрузкам и конфликтности. Больные весьма обидчивы, сильно переживают из-за неудач; из-за острых болей возможно появление *танатофобий* (страха смерти), ибо ночью их одолевают неприятные сновидения. Злоупотребление курением и алкоголем усиливает патологическое состояние, вызывая перенапряжение.

По данным ВОЗ, смертность мужчин от данной болезни возросла в последние годы на 60%, что

объясняется повышенными стрессовыми перегрузками и стремлением всегда «быть на высоте», даже в экстремальных условиях интенсивной деятельности.

При *атеросклерозе* наблюдается быстрая утомляемость, существенно нарушается память, что связано с невозможностью длительного сосредоточения внимания на нужном объекте. Характерно явление реминисценции и уменьшение объёма памяти.

Гипертоническая болезнь характеризуется повышением артериального давления, причиной которого часто являются психогенные факторы: длительная психотравмирующая ситуация, конфликты, непонимание со стороны окружающих. У больных появляется склонность анализировать своё состояние, страх повторения скачка давления, снижение работоспособности, тревога и напряжённость, ипохондрия. Возможны также головные боли и нарушение сна. Но у лиц злоупотребляющих алкоголем реакция обратная. У них выражена анозогнозия и они обычно отказываются от лечения.

При *пороках сердца* у больных наблюдается повышенная истощаемость активности внимания, медлительность и быстрая утомляемость при умственной нагрузке, инертность мышления, снижение круга интересов. Больные чрезмерно впечатлительны и ранимы. Возможны фобии, связанные с психогенными и ятрогенными факторами.

При *ревматизме* отмечаются соматические расстройства: боли в суставах, повышение температуры, которые порождают и психические изменения. У детей и подростков боли создают затруднения в учёбе, вызывают повышенную утомляемость и раздражительность. Они не в состоянии долго и плодотворно чем-то заниматься, у них может возникать эйфория и суетливость, выражена

склонность к капризам и конфликтам, они не обращают внимания на замечания и могут грубить учителям, а наказания только ухудшат их состояние и делают их более агрессивными. Иногда, в зависимости от реакции организма, проявляется пониженное настроение и слабость, снижение аппетита, потливость, боли в ногах. Возможны также аффективные расстройства, такие как тревога и депрессия. Течение болезни обычно волнообразное с нарушением сна.

Психологическая помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях состоит, прежде всего, в создании благоприятного психологического климата в окружении больного, проведении бесед с ним и его родственниками о необходимости соблюдения правильного распорядка дня, отказа от вредных привычек. Резко снижая трудовую нагрузку, следует перевести её в интеллектуальную. Хороший эффект даёт психогимнастика и положительные психологические установки на выздоровление, чуткое и внимательное, но ненавязчивое отношение к пациенту со стороны окружающих.

В) Болезни органов пищеварения

Расстройства пищеварения, как правило, выводят человека из колеи и создают препятствия для полноценного и адекватного отражения окружающей действительности. При отсутствии правильного, своевременного и калорийного питания нарушается работоспособность, появляется слабость. От этого страдает не только выполняемая человеком деятельность, но и взаимоотношения с окружающими. Голодный человек более раздражителен. При частом голодании либо несвоевременном и нерегулярном приёме пищи нарушается физиологический гомеостаз организма:

ухудшается память, видоизменяются нервно-психические реакции, развивается гастрит и язвенная болезнь.

При *гастритах* часто бывает изжога и дискомфорт в желудке и кишечнике, а при *язвенной болезни* наблюдается повышенная утомляемость, раздражительность, тревога, нарушение сна, проявление слабости и булимия, ведущие к ухудшению состояния организма, особенно вечером и ночью. В этой связи они часто склонны к конфликтам, становятся обидчивыми и упрямыми.

Психологическая помощь подобным больным необходима в плане правильной организации режима питания, труда и отдыха. Комплекс тренингов поможет им осмыслить необходимость внимания к своему организму и нормализовать психофизиологические функции.

Г) Болезни кожи

Причиной многих кожных заболеваний является гиперчувствительность рецепторов кожи к воздействиям со стороны внешней и внутренней среды. Ряд кожных заболеваний (экзема, псориаз, нейродермит) в большинстве случаев обусловлены стрессогенным влиянием либо психическими травмами. Переживания человека часто способствуют появлению раздражительности, нарушению сна. На фоне эмоционального перевозбуждения может возникать зуд. В большинстве случаев у больных отмечается гипернозогностическая реакция, проявляющаяся в стыдливости, скованности, робости, неуверенности в себе, истеричности, тревоге или депрессии. Довольно часто наблюдается желание скрыть от окружающих беспокоящие человека явления (зуд, покраснения, различного рода образования), которые, как правило, угнетают психику больного при заболеваниях кожи и

делают его замкнутым. Особенно ярко психические нарушения при кожных заболеваниях выражены у подростков, т.к. возникающие симптомы мешают их самоутверждению в личностном плане.

Д) Характерные нарушения психики при инфекционных и венерических заболеваниях

На фоне повышенной температуры при инфекционных заболеваниях часто могут возникать нарушения сознания, бред, психозы, фобии.

При психозах, возникающих при острых инфекциях, наблюдается гипермнезия.

При туберкулёзе часто наблюдается анозогнозия, ибо больные привыкают к своему состоянию и поэтому не считают нужным лечиться, считая, что лечение всё равно будет неэффективным. У больных может проявляться эйфория или двигательное беспокойство, сменяемое затем апатией. У них довольно часто формируются отрицательные черты характера и определённые акцентуации, проявляющиеся в параноидальной подозрительности, навязчивости, раздражительности, обидчивости, истеричности.

При обнаружении венерических заболеваний также появляется неадекватная реакция, проявляющаяся в анозогнозии, злобном и агрессивном отношении к окружающим. Позже аффективная психогенная реакция сменяется тревогой и депрессией, затем наступает адаптация, снижение критичности, ипохондрические реакции.

Е) Нарушения психики при эндокринных заболеваниях

Больным при *сахарном диабете* присуща быстрая утомляемость, раздражительность, словоохотливость, повышенная эмоциональность, страдания из-за чувства «неполноценности», обидчивость, забывчивость и, порой, склонность к агрессии.

Расстройства побуждений, инстинктов, замедление мышления, затруднения в формулировке ответа на вопрос, требование к себе особого внимания наблюдаются при ряде других эндокринных заболеваний.

Ж) Нарушения психики при онкологических заболеваниях

Выделяют 5 этапов в развитии онкологического заболевания.

Первый период (предмедицинский) характеризуется анозогнозией. Больные, как правило, не верят в патологию, т.к. чувствуют себя достаточно хорошо на начальном этапе заболевания. Они продолжают работать, подсознательно надеясь на ошибочность подозрений медиков, заметивших опухоль на профобследовании.

Второй этап (амбулаторный)стораживает пациента, вызывает подавленность настроения. Приятные жизненные события уже не вызывают радости, как это было раньше. Появляется некоторая отчуждённость и замкнутость, иногда преобладают аффективные переживания и погружение в мысли о дальнейшей судьбе близких людей.

На третьем этапе (стационарный период) при прохождении лечения наблюдается подавленность и депрессия.

На четвертом этапе (диспансерном) пациент, пройдя начальный курс лечения (лучевую и химиотерапию опухоли), воспринимает мир в блеклых красках. Он обычно мало верит в благоприятный исход, и время для него летит ускоренно. Появляется неадекватность поведения, проявляющаяся в бредоподобных вспышках и галлюцинациях. Человек живёт в мире иллюзий, у него ослабевает воля, могут появляться различные психозы, нарушения сознания, проявляющиеся в форме делирия или паранои. У некоторых лиц возникает стойкая депрессия. Взгляд устремлен куда-то вдаль, нарастает вялость и чувство тревоги.

На пятой (терминальной стадии) аффекты слабеют, организм истощается, мышление и речь становятся замедленными, всё чаще проявляется танатофобия, нарастает отчуждение, появляется аутизм.

Психологическая помощь заключается в отвлечении от грустных размышлений, медитировании и проведении целенаправленных суггестивных установок.

З) Нарушения психики при неврологических заболеваниях

Неврозы – это часто наблюдаемые функциональные заболевания нервной системы, при которых происходит нарушение адекватной нейрогенной регуляции функций организма. Причиной неврозов в большинстве случаев, являются различного рода переживания, фрустрации и межличностные конфликты.

Выделяют три основных типа неврозов: истерия, неврастения и невроз навязчивых состояний. Люди «художественного типа» более эмоциональны и склонны к истерии; «мыслительного типа» - к неврозу навязчивых состояний; остальные, которых большинство, - к

неврастении (нервной слабости). Характерными нарушениями при неврологических расстройствах являются эмоционально-аффективные реакции, фобии, снижение настроения.

При *истериях* – негативно выраженных аффективных реакциях, особенно выражена лабильность эмоций и импульсивность. Склонность к истерии наблюдается у людей при повышенной чувствительности, капризных и избалованных, с высокой самооценкой и завышенными притязаниями. При истерии, которая чаще наблюдается у женщин, нервный срыв возникает тогда, когда необходимо чего-то добиться или избавиться от нежелательных требований. Приступ истерии начинается с жалоб на головокружение, тошноту, сопровождается плачем, обмороком, что обычно провоцируется мелкой ссорой или служебным конфликтом. В данном случае психологическим механизмом защиты является «бегство в болезнь». Приступ истерии проявляется в целой серии беспорядочных движений, жестов и выкриков. В этом состоянии люди могут рвать на себе одежду, бить посуду, разбрасывать попавшиеся под руки предметы, внезапно хохотать, затем плакать, может возникать приступ одышки, ком в горле мешающий говорить, глотать.

Истерия всегда демонстративна и возникает из-за невозможности осуществить желаемое. Она всегда направлена на достижение определённой цели, но если не обращать внимание на человека в этом состоянии, он (скорее она) довольно быстро успокоится. По мнению И.П.Павлова больной истерией «хронически загипнотизирован». Гипнотические фазы в коре головного мозга порождают повышенную внушаемость и самовнушаемость. Больные имитируют различные расстройства и выплёскивают свои страдания на окружающих, но, если никого рядом нет и выплёскивать

не на кого, приступ прекращается.

При *неврастении* (слабости нервной системы) возникают стойкие условно-рефлекторные нарушения, выражающиеся в тревожности и эмоциональной неустойчивости, быстрой утомляемости, раздражительности по самым незначительным поводам и быстрой истощаемости. Больным трудно сосредотачивать своё внимание на необходимом объекте, что связано с чрезмерной перегрузкой нервной системы, а также другими травмирующими факторами, воздействовавшими на человека в течение продолжительного времени. Им также присуща высокая чувствительность к критике, завышенный уровень притязаний, сочетающийся с добросовестностью и ответственностью в деятельности. Ведущим психопатологическим симптомом является расстройство сна. Он становится поверхностным, больные часто просыпаются среди ночи; им присуще двигательное и эмоциональное беспокойство. У детей наблюдаются стереотипные движения раскачивания, сосание пальцев и т. п.

Неврастеники испытывают трудности в межличностном общении. Любое совершенно безобидное замечание или жест, движение, взгляд могут вызвать у них негативную нервную реакцию. У них появляется непереносимость громких звуков, яркого света; они не выдерживают длительной беседы. Всё это порождает у них головные и сердечные боли, головокружения, нарушаются функции желудка, что ведёт к бессоннице и снижению остроты сексуальных ощущений. Для больных характерны резкие эмоциональные перепады настроений: радость сменяется печалью, смех – слезами; они нетерпеливы, не выносят никакого ожидания.

При старании сдерживать свои неврологические симптомы раздражительности, у больных появляется

дрожание век и кончиков пальцев, голос становится прерывистым, дыхание – учащённым, глаза начинают слезиться.

К таким больным необходимо особенное чуткое и доброжелательное отношение, внимание, поддержка и одобрение их желаний.

При неврозах навязчивых состояний, которые как правило, вызваны какой-либо психической травмой, частыми конфликтами, больным присуща мнительность и тревожность, повышенная впечатлительность, склонность к самовнушению. Человек понимает нелогичность своих страхов, но не может от них избавиться самостоятельно. У него часто возникают противоречивые влечения из которых он не в состоянии выбрать, что для него важнее. Ведущим механизмом психологической защиты является интеллектуализация, т.е. стремление к максимальному сознательному контролю своих переживаний и поведения, что может вызвать фобии и способствовать освобождению архаичных форм мышления, наполненных символической значимостью, суевериями и различного рода ритуальными действиями. При длительном течении болезни эти действия становятся привычными и приобретают стойкий характер навязчивости. Возможны фобии неминуемого крушения поезда или авиакатастрофы, боязнь смерти от инфаркта или рака, страх высоты, страх очередной неудачи и др.

Ведущим механизмом психологической защиты у неврастеников является попытка избегать всё новое и игнорировать факт недостаточности своих сил, сопровождающийся «бегством в работу». При нарастании астении формируется психологическая защита в форме рационализации (оправдательного обоснования своего поведения). Дальнейшее фантазирование порождает стремление уйти от реальности.

Усиление навязчивых состояний происходит при возобновлении психотравмирующей ситуации, при переутомлении и ослаблении организм, хроническом недосыпании.

Психоастения -- это невроз, связанный с утратой чувства реальности, потеря способности критической оценки обстановки и ориентировки в ней. Больной не может провести грань между своими воспоминаниями, мечтами, грёзами и реальными явлениями; порой оничувствует свою неполноценность, мнительны, нерешительны, у них много сомнений, тяжёлых предчувствий и фобий.

Общение с ними затруднено из-за их постоянного стремления анализировать свои действия и поступки, склонности к «самокопанию» и сомнениям в своих силах. Все, даваемые ему советы, он тщательно обдумывает, взвешивает все «за» и «против», но так и затрудняется принять окончательное решение.

При *невралгиях*²² почти всегда наблюдается повышенная истощаемость организма, чрезмерная возбудимость, мышечная гипотония, а порой нарушение чувствительности и двигательной активности.

При *инсульте, нарушении мозгового кровообращения*, отмечается снижение уровня запоминания и быстрая истощаемость памяти, акинезия, парезы и параличи.

Психокоррекция при подобных заболеваниях способствует переориентировке пациента на снижение перегрузок и переключение на другую деятельность. Проведение тренингов по укреплению уверенности в себе и формирование психологической установки на выздоровление должно сопровождаться полноценным отдыхом и хорошим питанием.

²² Боли, связанные с нарушением проведения импульсов по нервам.

И) Характерные нарушения психики при психических заболеваниях

При психических заболеваниях часто наблюдаются расстройства личностного развития, выражающиеся в нарушении мышления и появлении сверхценных идей. Для больных характерны явления *паракинезии*, выражающейся в бессмысленных движениях пальцами, и *каталепсии*, представляющей собой застывание в какой-то определённой позе, возможен *бред*, сопровождаемый сужением сознания и внутренним эмоциональным переживанием, не имеющим адекватной связи с окружающим миром, а также *маниакально-депрессивные* состояния, либо *гипотимия*, проявляющаяся в ощущении пациентом тоски и угрозы здоровью и приводящая его в депрессивно-меланхолическое настроение и т.п.

При психозах и маниакально-депрессивном синдроме может проявляться гипермнезия.

При алкоголизме часто наблюдается беспечность, эйфория, вздорность, конфликтность либо вялость и подавленность.

У больных, страдающих *эпилепсией*, наблюдаются внезапные припадки, сопровождающиеся состоянием оглушённости либо сумеречным состоянием сознания, при которых больные перестают адекватно ориентироваться в окружающей обстановке. У них часто возникает дисфория, расстройства памяти и мышления. В то же время больным присуща аккуратность, льстивость, угодливость, сочетающаяся со злобностью и злопамятностью.

Наиболее опасными больными являются лица, страдающие *шизофренией* с выраженными изменениями в личностном плане. Им присуща раздражительность, патологическая замкнутость и порой враждебность,

гебефрения, катотония, слуховые галлюцинации, маниакально-депрессивные непредсказуемые состояния и поступки.

Мышление у больных, как правило, непоследовательное, сочетающееся с бесплодным мудрствованием и изобретательством. Возможна параноидальная форма болезни, сопровождающаяся бредом ревности и бредом преследования и отравления.

В большинстве случаев отмечается наследственная предрасположенность к данным заболеваниям и проявление аналогичных симптомов у других родственников. Наиболее тяжёлые формы заболевания наблюдаются у мужчин. Особенно злокачественно она протекает в случаях, когда возникает в детском или юношеском возрасте под влиянием стрессогенных факторов, провоцирующих начало данного заболевания. Помощь психолога при данной болезни бесполезна, т.к. больные шизофренией практически никогда не слушают советов, они самоуверены и категоричны; у них страдает логическое мышление вследствие чего они не могут обосновать выдвигаемые ими идеи и теории.

Вышеназванные психические расстройства плохо поддаются коррекции. Возможно применение лишь психотерапевтической суггестии и кодирование психики на адекватный образ жизни. Однако, как правило, наступает лишь временная реабилитация. Стойкой реконвалесценции удаётся добиться довольно редко и то лишь на начальных этапах заболевания.

К) Нарушения психики при необходимости хирургических вмешательств

Хирургические вмешательства проводятся по жизненным показаниям как экстренная помощь и в

плановом порядке с целью предупреждения появления нежелательных последствий при прогрессировании какого-либо заболевания, что довольно часто вызывает у больных чувство страха за свою жизнь, особенно, если возможен неблагоприятный исход. При хирургических заболеваниях, связанных с необходимостью оперативного вмешательства, у больных часто наблюдается ипохондрия и фобии, фиксация внимания на соматических ощущениях. Они плаксивы и обидчивы, выглядят подавленно и растерянно. Сон, как правило, нарушен, сновидения устрашающие.

В послеоперационный период может возникнуть состояние оглушённости либо эмоциональной неустойчивости, ведущей к психозам, особенно у нервных и впечатлительных (меланхолических) людей. В отдельных случаях возможна депрессия. Из-за болевых ощущений пациенты выглядят безразличными, односложно отвечают на вопросы. Больные пугаются осложнений, которые могут возникнуть в результате некачественной обработки раны либо внесения инфекции извне. Они неадекватно оценивают своё состояние: переоценивают тяжесть перенесённой операции, впадают в депрессию, боятся встать даже при разрешении врача, либо наоборот пытаются сразу встать с постели, что также может привести к нежелательным последствиям.

Во всех случаях больным хирургического профиля необходима тщательная психологическая подготовка к операции и внимание к пациенту как в предоперационный, так и в послеоперационный период, формирование у него устойчивой психологической установки, т.е. внушение того, что опасность не столь велика и аналогичных операций уже сделано немало. Следует также убедить пациента в профессиональной компетентности и мастерстве хирурга, который будет

проводить операцию. Лишь доверие к хирургу и поддержка со стороны родственников обеспечивают устойчивость неврологического статуса пациента и дают возможность избежать серьёзных нарушений в его психике.

Л) Некоторые особенности нарушений психики при заболеваниях у детей и подростков

Детская психика наиболее ранима и восприимчива. У детей ещё нет достаточной силы воли для преодоления необычных ситуаций, вследствие чего они часто капризны, упрямы, агрессивны либо чрезмерно подавлены (в зависимости от типа их нервной системы).

В трудах В.В.Ковалёва отмечается, что детям присущи патохарактерологические реакции оппозиции (протеста), мутизма (отказа от общения), имитации (копирования поведения), отказа от деятельности и еды (развития заторможенности и неподвижности), компенсации (бесплодного фантазирования) и гиперкомпенсации (склонности к безрассудным поступкам), что связано либо с нарушением адекватного формирования личности, либо с прогрессирующим развитием болезни.

Особо следует рассмотреть невротические проявления у детей. У детей-невротиков наблюдаются различные отклонения в поведении и характере. Обычно они чрезмерно возбудимы, несдержаны, капризны и требовательны, суетливы и непоседливы, склонны к проявлениям агрессии. Они плохо ведут себя на уроках, склонны к конфликтам и девиантному поведению из-за неуравновешенности нервных процессов. Однако другие в зависимости от типа нервной системы вялы и апатичны, застенчивы, робки и пугливы, впечатлительны и

нконтakтны в общении. Работоспособность у таких детей снижена. Они обычно за всё берутся, но обычно ничего не доводят до конца. Причиной невротических состояний детей обычно являются дидактогении или психические травмы (например, смерть или развод близких им людей). Детская неврастения может быть связана и с непосильными перегрузками в учёбе или завышенным требованиям к их деятельности. Чрезмерная ласка, равно как и чрезмерная строгость, а порой и жестокость по отношению к детям – одна из первых причин, порождающих у детей невротические состояния.

Для подростков характерен невроз анорексии – утрата аппетита, который возникает из-за неуместной шуток об их чрезмерной упитанности. Они придиристо относятся к своей внешности, причёске, одежде. Усилием воли они могут заставить организм похудеть, отказываясь от еды, что приводит к его истощению и неврологическим проявлениям. Сформированная анорексия трудно поддаётся лечению. Психологическая помощь в этих случаях имеет первостепенное значение.

В подростковом возрасте часто наблюдается завышенная самооценка, излишняя самоуверенность и переоценка своих возможностей. Подросткам свойственны реакции «имитации» (подражание кумирам), «эмансипации» (стремления высвободиться из-под опеки и покровительства старших), «группирования» (создания неформальных групп) и «оппозиции» (выражение активного протеста требованиям окружающих). Эндокринная перестройка, происходящая в организме в пубертатный период, довольно часто сопровождается эротическими грёзами, сексуальным возбуждением и мастурбацией.

В психологическом плане при появлении различного рода эмоциональных всплесков, психопатий и перверзий

необходимо корректное воздействие на психику подростков для того, чтобы предупредить либо остановить нежелательные проявления в их поведении, пока они ещё не закрепились в привычку. Детский и особенно подростковый возраст является наиболее сензитивным для утверждения себя в личностном плане и стремлении выделиться среди окружающих проявлением своей индивидуальности и неповторимости, что порой может принимать социально-нежелательные и извращённые формы. Так, например, многие подростки, особенно девушки, боятся испортить фигуру и обрекают себя на вынужденное голодание, что ведёт к анорексии; юноши порой самоутверждаются через асоциальные действия и поступки.

Преодолению пубертатного кризиса подростково-юношеского возраста и предупреждению появления возможных заболеваний, патологических функциональных расстройств и других нежелательных последствий переходного периода, например, стойких акцентуаций характера и деформированного развития личности в целом, в значительной мере помогает дружелюбное отношение, внимание и эмпатия со стороны окружающих.

Вопросы к семинарскому занятию 8

1. Охарактеризуйте изменения психики при различных соматических заболеваниях.
2. Особенности нарушений психики у детей и подростков.
3. Укажите меры психопрофилактики, психокоррекции и психогигиены тех или иных патологических состояний.

ТЕМА 9

СИНДРОМЫ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

А) Синдром хронической усталости

Термин «синдром хронической усталости» был предложен лишь в 80-х гг. XXв. в Америке. Данное состояние возникает в результате перенапряжения, перегрузок человека в процессе деятельности, отсутствии полноценного отдыха и релаксации. Пренебрежительное отношение людей к своему здоровью, «уход в работу», чрезмерная забота об окружающих, связанная с лишением себя возможности удовлетворения важнейших потребностей, в первую очередь, духовных, сексуальных и социальных, либо стремление расслабиться при помощи наркотиков и алкоголя приводит к соматическим и нервным расстройствам и всё чаще фигурирует в анамнезе пациентов. Ранее в советской медицине, подобное состояние рассматривалось как астенический синдром в проявлении невроза. Однако частые жалобы на проявление повышенной утомляемости, тянущие боли в области шеи, рассеянность, ухудшение сна, головные боли, неустойчивость настроения, снижение памяти и дискомфорт в желудке вне другой видимой патологии больные обычно связывают с неудовлетворённостью от выполняемой деятельности. Подобные пациенты серьёзно больны, ибо испытывают чрезмерные психологические перегрузки, которые существенно нарушают нормальные психофизиологические функции организма. Американский учёный Эпштейн-Барр связывает подобные состояния с дисфункцией иммунной системы, теряющей способность адаптировать организм к окружающей среде. Позицию этого учёного поддерживают и многие другие исследователи, отмечая, что хроническая усталость может

возникать в результате разрушения иммунной системы вследствие обилия стрессов, а также инфекций либо при отравлении организма алкоголем, курением, наркотиками.

Э.Боллз разработал специальную анкету для выявления предвестников данного синдрома. В анкете делается акцент на условия трудовой деятельности, семейные взаимоотношения и способы организации досуга, ибо именно эти факторы он считает доминирующими в развитии неадекватных психофизиологических реакций, нарушающих гомеостаз организма в целом.

В советской литературе указывалось, что подобные состояния являются следствием переутомления и не считались болезнью. Из этого следовало, что требуется лишь правильная организация труда и отдых для устранения подобных симптомов. Так, по мнению академика И.И.Беляева, основой выхода из подобных состояний является соблюдение правил психогигиены в повседневной жизни. Он отмечал, что длительный и напряжённый умственный труд способствует появлению повышенной утомляемости, которую человек стремится преодолеть волевыми усилиями. Однако если рано или поздно резервы организма истощаются, происходит нервный срыв, ведущий к депрессиям и фрустрациям.

Сегодня исследователи выделяют также «синдром эмоционального выгорания», являющийся следствием перегрузок в трудовой деятельности и формирования у человека безразличного и пассивного отношения к своему труду, как защитно-приспособительного механизма организма к постоянным фрустрациям. Неадекватная оценка труда вначале порождает стремление доказать свои способности в деятельности и, несмотря ни на что, самоутвердиться любой ценой, что приводит порой к нервным срывам, истощению энергетических сил организма и затем к депрессии, т.е. к безразличию при

выполнении деятельности, которая не оценивается по заслугам. Порой, не теряя надежды на то, что она будет оценена когда-нибудь должным образом, человек растрчивает своё здоровье на непомерный ненормированный труд во имя идеалов будущего и, как утверждает народная мудрость, «светя другим, сторае сам». Он может расцениваться также как «информационный невроз» и «профессиональное психическое выгорание». В международной классификации ВОЗ МКБ-11 он расценивается как результат хронического стресса на рабочем месте, который характеризуется тремя признаками: ощущение мотивационного и физического истощения, нравственного психического дистанцирования от профессиональных обязанностей и негативизма или цинизма к профессиональным обязанностям, что ведёт к снижению работоспособности человека.

Как отмечают К.У.Шайжанова, М.Р.Ералы, в современном мире «большинство исследователей сходятся во мнении, что синдром эмоционального выгорания представляет собой процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющейся в симптомах эмоционального, психического физического истощения, личностной отстранённости и удовлетворения исполнением работой».

По мнению В.В.Бойко эмоциональное выгорание имеет функциональный характер, поскольку способствует экономному расходованию внутренних ресурсов посредством полного или частичного исключения эмоций. Это «выработанный личностью механизм психологической защиты, связанный со снижением энергетика и активности в ответ на психотравмирующие воздействия. Он выделил три фазы этого процесса: напряжение (тревого и депрессия), резистенция (избирательное эмоциональное реагирование, нравственная дезориентация, редукция

профессиональных обязанностей), истощение (эмоциональный дефицит и отрешённость, деперсонализация, психосоматические и психовегетативные нарушения». Им разработана методика эффективной тестовой диагностики эмоционального выгорания. Он отмечает, что своевременная диагностика и профилактика может предотвратить эмоциональное истощение, хроническую усталость и чувство тревоги, порождённые этим состоянием.

По мнению Г.К.Ушаковой, данное состояние может быть связано с монотонной и однообразной работой, не вызывающей уже должного удовлетворения, с высоким чувством ответственности человека за порученное дело и повышенным эмоциональным напряжением, несоответствием между желаемым и получаемым в процессе деятельности. Этот синдром можно расценить также как усталость и от социального окружения, недостаточно оценивающего и признающего достоинства человека, особенно при его низкой или завышенной личностной самооценке и стремлении доказать свою правоту.

Из вышесказанного можно заключить, что формирование невротических состояний чаще всего связано с направлением воли на выполнение не достаточно значимой для личности деятельности, не приносящей душевного удовлетворения, вызывающей переутомление либо «выгорание на работе». Лишение себя эмоциональной удовлетворённости приводит к формированию апатии и синдрома хронической усталости, которые возможно корректировать лишь на психологическом уровне, т.е. без специальных лекарственных препаратов.

Психологическая помощь заключается в переосмыслении и коррекции образа жизни, разнообразии его, планомерном решении возникающих проблем. В

качестве рекомендации необходимо предложить находить достаточное количество времени для получения радости и удовлетворения не только в материальном, но и в эмоциональном плане посредством дистанцирования (изменения масштабов происходящего в сторону уменьшения), а также позитивного подхода к проблемам, выражающегося в поиске положительного во всём происходящем.

Психотерапия и разработанные психотехники, направлены на изменение отношения к окружающему миру, организацию досуга, упорядочение семейных отношений, выбор более значимой работы, соответствующей интересам, несомненно, будут способствовать восстановлению жизненной энергии, повышению работоспособности человека, а также формированию адаптационных психофизиологических процессов и возможности уверенно чувствовать себя в окружающем социуме, более полно удовлетворять потребности души.

Коррекция данных состояний возможна также средствами искусства, путём обогащения духовной сферы посредством слушания музыки, посещения картинных галерей, чтения художественной литературы, особенно поэзии. Смена структуры деятельности и обстановки, а также применение специальных методов аутотренинга, релаксации, медитации способствуют созданию благоприятной психологической установки, нацеливающей на возможность ведения иного образа жизни, в котором будут гармонически сочетаться умственная и физическая деятельность, активность и отдых.

Б) Характерные симптомы и последствия нарушений психики при травмах

Травма – это внезапное повреждение органов и тканей вследствие неосторожности или несчастного случая, неожиданного, ведущего к нарушению работоспособности и различного рода переживаниям, связанным с невозможностью продолжать обычный и привычный образ жизни. Это вызывает состояние беспомощности, страха, тягостных размышлений о будущем в результате возникшей контузии.

Психологическая помощь заключается во внушении пациентам веры в то, что они преодолеют трудности и смогут вернуться «в строй», к нормальному образу жизни. Обеспечение поддержки и внимания со стороны родственников создаст благоприятный для реабилитации психологический климат. На этапе восстановления функций организма возможно применение различных психотехник и тренингов.

В) Специфические нарушения психики у женщин

Женский организм всегда особенно чутко реагирует на все изменения гомеостаза, поэтому женщина более эмоциональна и чувствительна. Через эмоции она регулирует своё психическое состояние, снимает стрессовые перегрузки.

Психическое состояние женщины, как правило, изменяется в период менструаций. В большинстве случаев повышается раздражительность, появляется нервозность, либо возникает угнетенно-подавленное настроение. Это естественная адаптационная реакция организма, связанная с повышением чувствительности нервной системы в ответ на дискомфорт. Однако при наличии конфликтных

ситуаций в этот период есть опасность возникновения психогений и истеричных состояний, ведущих к дисменореям (расстройствам менструального цикла). Неправильные психологические установки, связанные с межполовыми взаимоотношениями, могут порождать неудовлетворённость интимными отношениями, способствовать формированию психологических комплексов, связанных с фобиями, порождаемыми порой агрессивностью мужа, страхом заразиться венерическим заболеванием или забеременеть. В результате этого может сформироваться состояние фригидности (женской сексуальной холодности), что лишает женщину возможности достигать состояния оргазма и экстаза в интимных семейных отношениях, делает её замкнутой и фрустрированной.

Повышенная раздражительность, утомляемость, тошнота, рвота, дисгвезия, сонливость, неадекватная чувствительность к запахам и пище наблюдается при беременности.

Во время климакса и в предклимакаторическом периоде возможны неврологические и психопатические расстройства, связанные со страхом приближения старости и утерей былой привлекательности, может нарушаться режим сна: ночью бессонница, а днём – сонливость, повышенная утомляемость, головокружения, «приливы жара», потливость, плаксивость. Всё это связано с перестройкой организма и прекращением репродуктивной функции. Со временем эти расстройства проходят и женщина адаптируется к новым физиологическим функциям организма.

Г) Нарушения психики при изменении чувствительности, зрения, слуха

Нарушение адекватности ощущений и восприятий сильно угнетает психику²³, порождая агрессивность людей по отношению к тем, кто ущемляет их личностные права и потребности, считая их людьми с ограниченными возможностями и инвалидами, неспособными к полноценному личностному развитию. Ощущение своей ущербности вызывает у них различные дополнительные патологические нарушения.

В психологическом плане таким людям необходимо максимально адаптироваться к окружающей среде, обрести наиболее благоприятные условия для трудовой деятельности и организации досуга.

В большинстве случаев у таких людей наблюдается повышение чувствительности, что ведёт к проявлению экстрасенсорных способностей и появлению возможности воздействия своим биополем на окружающих. У слепых людей усиливается деятельность других анализаторов, в первую очередь, слухового и тактильного. У них хорошо развито «чувство приближения» и «чувство расстояния». Тем не менее, у слепых детей часто наблюдаются невротические расстройства: страхи, беспомощность, робость, нерешительность, плаксивость. У глухих людей обостряется зрение и обоняние. Им присуща повышенная обидчивость и раздражительность. (Например, если кто-то смеётся рядом, они могут решить, что это над ними смеются).

²³ Некоторые люди могут страдать от необходимости носить очки (особенно дети и подростки).

Д) Нарушения психики в пожилом и старческом возрасте

При старении организма утрачивается функционирование ряда нейронов, характерно естественное снижение активности физиологических процессов и функций организма, что ведёт к изменению реакций на окружающую среду. У стариков часто появляется ощущение неудовлетворённости собой и неуверенность, связанная с нарушением каких-либо функций организма. Ощущение приближения старости делает людей раздражительными, придирчивыми, недоверчивыми, ворчливыми и пессимистически настроенными.

Весьма существенным фактором, свидетельствующим о старении, может быть трансформация личностных реакций. Она проявляется в снижении интереса к окружающему миру и всем новшествам. Внимание стариков, как правило, концентрируется на воспоминаниях прошлого и переоценке его, а также на восхищении тем, что было в молодости, при отрицании настоящего, к которому им трудно адаптироваться. Они часто становятся эгоистичными и более придирчивыми к своим ощущениям, симптомам болезней. У них ослабляется зрение, слух, снижается потребность в сексе, отмечается склонность к облегчённому рациону питания. Очень чутко реагируя на всё, что окружает их, они часто испытывают дискомфорт даже при малейших возражениях им, чутко реагируют на смену погоды и изменения атмосферного давления.

Характерными симптомами проявления старения являются невротические состояния, проявляющиеся в повышенной раздражительности и утомляемости,

ипохондрией, эмоциональной лабильности, связанные с быстрой истощаемостью нервной системы. Они очень чувствительны к любому отрицательному воздействию извне. В памяти у них часто всплывают картины прошлого, старые обиды, что снижает аппетит и порождает тоскливое настроение. Им очень тяжело находится в одиночестве. Отсутствие активной деятельности ведёт к снижению памяти и, в конечном счёте, может привести к маразму и слабоумию, порождая изменение отношения к окружающим людям. Ощущая себя беспомощными, они испытывают тоску и страх перед одиночеством. Тем не менее, у них в большей степени, чем раньше, выражены чувства великодушия, снисходительности, милосердия. Творческие способности у них проявляются острее и ярче, что связано с высвобождением времени и глубоким переосмыслением прекрасного в окружающем мире, перестройкой сознания, возникновением новых адаптационных механизмов, в т.ч. - озарения. Люди интеллектуального труда и искусства меньше подвержены регрессии в личностном плане, и именно они часто обретают мудрость жизни.

Люди пожилого и старческого возраста нуждаются в создании благоприятных условий для их жизни. Им необходима определённая активность, хотя бы волонтерская деятельность для поддержания адекватного психологического статуса или какое-либо интересное для них занятие, общение, чуткое внимание и забота со стороны близких им людей. Только создание благоприятного психологического климата в семье, отсутствие конфликтных ситуаций и перегрузок, а также приобщение к новостям, происходящим в мире, наиболее полный контакт с природой, свежий воздух и полноценное питание помогут им достаточно долго поддерживать своё здоровье и адекватно реагировать на окружающий мир.

Частые стрессы и неблагоприятный психологический климат в семье резко дестабилизируют их здоровье, ведут к подозрительности и неудовлетворённости общением с окружающими, неадекватному поведению и стойкому формированию деменции и маразма. Люди данного возраста требуют к себе особого внимания и нуждаются в ощущении себя нужными и полезными для окружающих.

Вопросы к семинарскому занятию 9

1. Назовите специфические расстройства физиологических функций, которые могут вызвать неадекватные психические реакции организма.
2. Укажите меры психопрофилактики, психокоррекции и психогигиены тех или иных неадекватных специфических состояний у пожилых людей.

Т Е М А 10

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С БОЛЬНЫМИ

При работе с больными людьми всегда необходимо учитывать особенности изменения их психики, эмоций, воли, познавательных психических процессов, внимания. Рассматривая болезнь, как серьёзную психотравму, психологу (также как и врачу) необходимо преодолеть защитный механизм охранительного торможения нервной системы, при котором больной «уходит в себя» и не хочет говорить о своих страданиях. Очень важно создать оптимальную атмосферу для эмоциональной разрядки пациента, его «исповеди». Глубокое знание основ этики и

деонтологии общения играет первостепенную роль во взаимоотношениях с пациентами. Ещё философ Сократ отмечал, что «нельзя лечить тело, не лечя душу», поэтому необходимо учитывать роль слова и психологической установки в процессе бесед с больными в ходе их лечения. Немаловажное значение играет и врачебная тайна, которая в не меньшей степени важна и психологу. Только на основе доверительных взаимоотношений с пациентами и родственниками больного возможно достижение успеха в его лечении и реабилитации. Необходимо учитывать возможность появления ятрогении при нечутком и невнимательном отношении к пациенту. Сбор анамнеза и изучение состояния больного должны проводиться в весьма корректной форме, с чётким соблюдением этических норм деонтологии. Не следует затрагивать некоторые стороны личностной сферы обследуемого при наличии симптомов невротического возбуждения или депрессии, ибо при этом можно лишь усилить данные состояния, что приведёт к появлению аутичной реакции или взрыву эмоций - стрессу.

Наблюдение и психоанализ, как правило, лежат в основе первичного изучения пациента. Методы построения беседы с больным человеком должны базироваться на терпеливости в выслушивании пациента, избегании прямых вопросов, касающихся причин его эмоционально-психических нарушений и аффективных проявлений. Главной задачей психолога – создать обстановку, располагающую к откровению, получить информацию, не задевая «болезненные стороны» нарушенной психики пациента, располагая его к откровению, успокаивая его и давая ему положительную психологическую установку на выздоровление. В беседе психолог должен весьма корректно поговорить о необходимости выполнения правил психогигиены, ведения здорового образа жизни,

акцентировать внимание пациента на положительно эмоционально окрашенных восприятиях. Это будет способствовать сохранению и укреплению здоровья пациента и ориентации его на иной стиль межличностных взаимоотношений, способствующих обретению душевного равновесия, эмоциональной удовлетворённости и самоактуализации пациента как личности в том социуме, в котором он находится.

Начиная общение с пациентом, необходимо, прежде всего, расположить его к себе и успокоить. Особенно важно это в тех случаях, когда кто-то заставляет его консультироваться, а он не считает себя больным. В таких случаях посещение психолога в «насильственной» ситуации может вызывать агрессию, негативизм и быть весьма болезненным для пациента. Тем не менее, подобную конфронтацию можно использовать для того, чтобы показать, что Вы находитесь на стороне пациента, а не его окружения, это особенно важно в том случае, если он полагает, что испытывает какие-либо страдания по вине родственников и близких ему людей.

Традиционными вопросами, на которые необходимо получить ответы в клиническом интервью психолога, являются следующие фразы:

Что... (беспокоит, как проявляется)?

Когда... (раньше или теперь беспокоит больше, проявился дискомфорт впервые)? Где... (беспокоит и как долго)?

Почему, по мнению пациента, дискомфорт или боли возникают, т.е. с какими стрессогенными факторами больной это связывает)?

Однако их не следует задавать эти вопросы сразу напрямую, а предварительно необходимо войти в тесный и доверительный контакт с пациентом. Поэтому важнейшим этапом в работе психолога является, в первую очередь, формирование доверия и выделение проблем пациента.

Далее проводится детальный анализ предварительных впечатлений, полученных в общении с ним.

Для изучения психического состояния пациента применяются два основных стиля беседы: инсайт-ориентированная и симптом-ориентированная.

Инсайт-ориентированный стиль беседы подразумевает интуитивное постижение переживаний пациента, что важно для раскрытия бессознательных процессов и выявления у него свободных ассоциаций, проявления тех или иных защитных механизмов. Главный акцент беседы должен быть направлен на выявление целостного и адекватного уровня восприятий пациента и интерпретации полученных данных.

Симптом-ориентированный стиль подразумевает распознавание конкретных нарушений психического отражения (ощущений, восприятий, памяти, мышления, интеллекта, сознания, эмоций). На основе полученных данных выявляются переживания (симптомы), а также устанавливается раппорт (контакт) с пациентом.

Факты, полученные в ходе беседы, следует дополнить наблюдениями: необходимо обратить внимание на степень соответствия половой ориентации возрасту, конституции пациента (пикник, нормастеник, астеник), характеру его поведения и эмоциональных реакций (наличие возбуждения, заторможенности либо неадекватности реагирования).

Распознайте особенности локомоций (моторики) пациента, обратите внимание на мимику, позу, жесты, стиль отношения к вам, эмоциональное состояние и общую конструкцию речи. Стремитесь сочувственно реагировать на его слова и наблюдайте его реакцию на Ваше поведение. Если Ваше поведение будет излишне спокойным, а взгляд слишком пристальным, это может вызвать у пациента недоверие, а у депрессивного —

усилить тревогу. Поэтому стиль общения с пациентом должен быть весьма пластичным. Проявите сострадание. Реагируйте внимательно и с сопереживанием на представляемые пациентом сведения и факты. Не скрывайте своего сопереживания. Оцените уровень понимания пациентом собственных проблем. Он может быть полным, и в этом случае пациент рассказывает о своих переживаниях как болезненных; либо неполным, т.е. лишь некоторые переживания он считает болезненными или понимание их вообще отсутствует. Важно найти те переживания, которые хотя бы частично пациент считает болезненными, ибо их можно будет использовать далее в плане работы с ним для объяснения необходимости психокоррекции. В зависимости от понимания пациентом его проблем расскажите ему о тактике психокоррекции и возможных тренингах.

Пациенту важно знать, что думает психолог о его переживаниях, поэтому ему следует продемонстрировать своё знание данных состояний и переживаний, подчеркнуть их уникальность или обычность (стандартность), а также указать на возможность управления этими переживаниями.

Психолог должен занимать в беседе позицию лидера, вести её целенаправленно, логично и последовательно. После определения в ходе беседы психического статуса пациента, в целом, можно переходить к тестированию и другим видам психолого-диагностических исследований, что даст возможность определить тактику и технику его дальнейшей психологической коррекции. Следует указать на эффективность предлагаемых тренингов и перспективы самосовершенствования, вселить в пациента и его родственников надежду на полную реабилитацию.

Дополнительные данные о пациенте можно получить при тестировании, анкетировании, анализе продуктов его

деятельности (характер трудовой или учебной деятельности, а также его рисунков). После изучения полученных материалов можно провести дополнительную беседу с пациентом с целью уточнения отдельных деталей.

Большое значение имеют беседы с родственниками, которые помогают раскрыть отдельные личностные качества пациента. Необходимо также установить положительный контакт больного с родственниками, если они, конечно, желают и смогут оказывать положительное влияние на него, проявляя подлинную и действенную заботу о нём.

Наиболее значимым этапом психологического воздействия при общении является формирование убеждения (психологической установки) в закономерном течении заболевания и наличии компенсаторных возможностей организма пациента. Вера в свои внутренние резервы, равно как и благоприятный доверительный тон общения, способствует обретению душевного равновесия, что неуклонно будет вести к скорейшему выздоровлению. В конце беседы следует провести психотренинг на релаксацию и завершить общение на оптимистической ноте.

Общительность пациента, его откровенность, самостоятельность и склонность к самораскрытию в доверительной беседе с психологом способствуют формированию мотивации к лечению и укрепляют веру в успешную реабилитацию.

Вопросы к семинарскому занятию 10

1. Особенности психики больного человека.
2. Этика и деонтология общения с пациентами.
3. Методика построения беседы. Роль слова и психологической установки в процессе

- психокоррекции и лечения. Причины ятрогении.
4. Значение изучения и коррекции взаимоотношений пациента с родственниками.
 5. Пути психокоррекции методом беседы.

ТЕМА 11

ОСНОВЫ ПСИХОГИГИЕНЫ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА

Главным принципом реабилитационных мероприятий, способствующих «выходу из болезни», является установление естественного баланса психологических, биологических и социальных аспектов жизнедеятельности. Необходимо привлекать больного к единству действий, направленных на восстановление утраченных функций организма. Это происходит путём апелляции к личности больного, концентрации его внимания на мобилизацию внутренних резервов организма. Закрепление эффекта, полученного в ходе проводимого лечения больного, должно осуществляться посредством кропотливой работы психолога по формированию положительных психологических установок и укреплению веры пациента в выздоровление. Не менее значимыми принципами являются индивидуализация подхода, постепенность введения новых элементов упражнений и физических нагрузок с учетом возрастно-половых функций организма. Принцип повторности, основанный на учении А.А.Ухтомского о следовых явлениях в тканях, предполагает систематичность восстановительных упражнений, необходимых для реабилитации больного.

Многое зависит также и от личностно-социальных характеристик пациента. Так, лица, творчески относящиеся к трудовой деятельности, любящие свою работу, поправляются быстрее, ибо они движимы желанием «стать в строй», в то время как те больные, которые слишком щепетильны и, заботясь о своем здоровье, концентрируют внимание на всех симптомах и проявлениях дискомфорта, не всегда могут достаточно быстро мобилизовать все силы на борьбу с физическим неблагополучием. Нужно помочь им выйти из стрессовой ситуации повышенного самоконтроля и переключить их внимание на выздоровление.

Большое значение имеет психотерапевтическая беседа, в ходе которой больному следует объяснить необходимость соблюдения охранительно-восстановительного режима, разъяснить суть болезненных ощущений и внушать мысль о том, что врачи делают всё возможное для его скорейшего выздоровления. Беседа способствует также преодолению явления «госпитализма», тоски, возникающей из-за одиночества и недостатка общения. Данную психотерапевтическую методику стал применять ещё В.М.Бехтерев.

В работе К.И.Платонова «Слово как физиологический и лечебный фактор» подчёркивалась значимость подобранных слов и стиля проведения беседы. Необходимо помнить, что даже одно необдуманное слово может вызвать у больного парадоксальную эмоциональную реакцию, порождающую ятрогению. Это происходит из-за гиперестезии (повышенной чувствительности) и мнительности больного, который очень чутко реагирует на каждое сказанное ему слово.

Для обретения пациентом душевного покоя может быть использована методика аутогенных тренировок (приемов самовнушения), разработанная ещё в 1932г.

И.Г.Шульцем, хотя в СССР практическое применение этого метода осмыслили и начали внедрять лишь в 60-х годах XX столетия. Ныне практика доказала высокую эффективность аутотренинга, основанного на древнеиндийском учении йогов о саморегуляции физиологических процессов.

Основой аутогенной тренировки (аутотренинга) является релаксация (расслабление мышц), которая приводит к обретению чувства покоя и внутреннего душевного равновесия.

Прежде чем начинать аутотренинг, пациента следует подготовить к данной процедуре с тем, чтобы он был настроен на регулярные занятия и верил в результативность данного метода. Путём формирования представлений о желаемом можно существенно повлиять на физиологические процессы, происходящие в организме. Например, мысли о том, что дома ждут дети и любимый муж, позволяют максимально мобилизовать свои силы и стремиться быстрее «встать на ноги», чтобы как можно скорее, вновь быть с ними. С каждым днем с мыслями о доме и своих близких пациент обретает уверенность в том, что ему становится лучше, он ощущает прилив энергии и сил, что способствует ускорению процесса выздоровления. И наоборот, если больному приходят в голову негативные представления о предстоящей встрече с родственниками, процесс выздоровления затягивается. Следовательно, важнейшей задачей психолога является установление положительных взаимоотношений с родственниками пациента с целью устранения отрицательных эмоций в ходе общения с ними.

Определённую роль в процессе реабилитации играет медитация, основанная на развитии воображения. В отличие от аутотренинга, при медитировании происходит мобилизация душевных сил, основанная на развитии

воображения, что также способствует созданию наиболее благоприятного эмоционального настроения и психологической разгрузке.

Большое значение для формирования восстановительной психологической установки имеет искусство (литература, музыка, изобразительное искусство, театр), способное вызывать различные положительные эффекты: катартический (разрядка эмоционального напряжения), гедонический (наслаждение произведениями искусства), компенсаторный (активизирование высших эмоций и духовной гармонии), суггестивный (внушающая сила искусства).

Весьма эффективны методики терапии творческим самовыражением, предложенные М.Е.Бурно, которые используются им на протяжении многих лет. В основе их лежит духовно-творческое и вдохновляющее развитие при возможности выразить себя и свои чувства в социуме. Для этого М.Е.Бурно рекомендует методики общения больных с природой, литературой, искусством, наукой, коллекционированием, ведением дневников, воображаемых путешествий и др. Творчество и коммуникации – это мощный стимул для активности, активизации мышления и памяти, развития креативности и обретения возможности наиболее полно проявить свои способности в каком-либо виде деятельности. Увлечённость деятельностью позволяет в какой-то мере забыть о боли и других жизненных проблемах, провоцирующих стрессы, почувствовать себя нужным и востребованным. Одобрение подобных начинаний создаёт благоприятную атмосферу для улучшения здоровья.

Весьма полезны для нормализации душевного состояния также методики медитации, ребефинга и холотропного дыхания, психогимнастики.

Метод имаготерапии, основанный на воспроизведении определённых образов, создаваемых с помощью воображения, предложен И.Е.Волпертом. Психофизиологический эффект предлагаемых упражнений заключается в трансформации невротического стереотипа в систему устойчивых динамических стереотипов, базирующихся на положительных восприятиях. Творческая деятельность и «вживание» в образ помогают обрести положительные эмоции, способствующие закреплению позитивных установок, формирующихся в процессе активации воображения.

Факторами, свидетельствующими об эффективности проведённой психотерапии, являются: улучшение симптоматического состояния больного, более адекватное приспособление к окружающему миру в новой ситуации (дома или в стационаре), положительного эмоционального отклика в общении, снятие напряжённости и волнений.

В настоящее время работают также «телефоны доверия», посредством которых психологи могут помочь выйти из затруднительной, а порой и «тупиковой» ситуации, предотвратить возможность суицида, восстановить душевное равновесие посредством анонимной психотерапевтической беседы «по душам».

Вышеназванные психопрофилактические мероприятия способствуют быстрее социальной адаптации и поиску новых ресурсов для самоактуализации в деятельности после «возвращения в строй».

Антистрессовые мероприятия (релаксация, аутотренинг, медитация, беседа), а также контроль за предупреждением негативных последствий психологических кризисов и ятрогенного влияния оказывают положительный эффект на самочувствие пациентов, повышают выносливость психики, способствуют быстрой социальной адаптации на основе

формирования ценностных и целостных эталонов поведения, закрепляемых на подсознательном уровне.

Немаловажное значение в реабилитационный период имеют также массаж (возможен самомассаж), самоактивация, самостимуляция и рефлексотерапия, ароматерапия, диетическая, вкусно приготовленная еда, и натуральные соки.

Таким образом, важнейшими мероприятиями, которые должен провести психолог, являются: поиск реальных путей самоактуализации личности пациента на основе выявления и осознания им его собственных потенциальных ресурсов; устранение психотравмирующего влияния окружающей среды и ряда вредных воспитательных мер, вызывающих лишь невротизацию его личности, таких как психологический прессинг, телесные наказания, запугивание, шантаж типа: «если ты меня любишь, то сделаешь так...» и т. п. Профилактическая и коррекционная работа психолога должна быть направлена на создание благоприятных условий для возвращения пациента в привычную социальную среду. Достаточно эффективна групповая психотерапия, связанная с межличностным общением, которое регулируется и направляется психотерапевтом в необходимое русло, равно как и необходимость подготовки пациента к возможной смене профессии, поиску новых актуальных ресурсов, социальной профреабилитации, вызванной утратой работоспособности в прежней сфере, является одним из важнейших направлений работы медицинского психолога.

Важнейшим показателем реабилитации пациента является его социальная адаптация, проявляющаяся в адекватности поведения и соблюдении им этических норм жизни в обществе.

Вопросы к семинарскому занятию 11

1. Роль психолога и медицинского персонала в реабилитации пациентов.
2. Подготовка и проведение аутотренинга. Его значение в реабилитации пациентов.
3. Проведение других психотерапевтических форм лечения.
4. Показатели эффективности восстановительного психологического и психотерапевтического воздействия.

ТЕМА 12

ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Роль психолога в экспертной работе состоит в выявлении нарушений в психологическом статусе пациента. Наиболее важными аспектами его исследований являются: определение потребностей и мотивации поведения, самооценки, осмысленности и логичности общения, эмоциональных реакций и проявляющихся специфических личностных особенностей пациента. Это даёт возможность объективно охарактеризовать уровень его развития, восприятия окружающего мира, памяти, воображения и мышления пациента. Особое внимание следует обратить на динамику проявления им эмоций и чувств в процессе общения.

В медико-психологической практике нередко встречаются люди, желающие ввести окружающих в заблуждение, т.е. *симулирующие* то или иное заболевание с целью получения каких-либо льгот в связи с болезнью

или добиться прохождения дополнительного обследования с целью изменения характера своей деятельности в дальнейшем. Иногда они сознательно *преувеличивают тяжесть своего заболевания* для того, чтобы добиться более комфортных условий в проведении лечения, получить более эффективные лекарства, а порой и облегчённую работу после выписки из больницы. Данное поведение называют *аггравацией*, которую следует отличать от симуляции, при которой все симптомы лишь артистически разыгрываются. Однако встречаются больные люди, которые *пытаются скрыть имеющиеся у них симптомы* заболевания для того чтобы не получить ограничения в работе, быстрее вернуться домой из стационара или получить престижную работу, что невозможно при ослабленном здоровье. Подобное утаивание проявлений болезненного состояния называется *диссимуляцией*.

Медико - психологическая экспертиза проводится с целью дать объективную оценку уровня снижения психических функций и особенностей личностных проявлений пациента, а при необходимости, установления фактов симуляции, диссимуляции, аггравации. Это позволяет определить реальные перспективы восстановления работоспособности после перенесенного заболевания. В состав комиссии должны входить компетентные лица (эксперты), имеющие достаточный опыт и стаж работы, способные критически оценивать все проявления симптоматики и поведенческих реакций пациента. Для вынесения объективного решения количество квалифицированных экспертов должно быть не менее трёх: врача, психолога и третьего нейтрального члена комиссии.

Следует учитывать, что при проведении экспертизы могут возникнуть психологические трудности, связанные с

проявлением сочувствия, сострадания или жалости к пациенту, что может порой существенно повлиять на объективность принимаемого решения. Наибольшее значение имеет выявление мотивации наблюдаемого поведения и причин, детерминирующих его. Особое внимание следует уделить дифференциации истоков психогенных факторов, проявлений физиологического стресса (аффекта) от патологических органических проявлений. Необходимо внимательно и объективно оценить все формы выражения неадекватного наигранного поведения и суметь определить истинный уровень дестабилизации эмоционального состояния пациента во время его обследования.

Беседы с родственниками помогают выявить мотивацию поведения больного, его реальные возможности и склонности. Достоверность экспертной оценки подтверждается использованием адекватных методик, методологической базы, обеспечивающей научность, последовательность и объективность медико-психологического обследования пациента.

Свою специфику и особенности имеет работа психолога с детьми. Обретение их доверия к себе может быть достигнуто с ними при использовании каких-либо элементов игры. В беседе, которая должна содержать понятные и интересные для ребёнка вопросы, необходимо выявить его любимые игры, круг его общения, отношение к похвале и порицаниям. Если ребёнок отказывается отвечать и беседовать, следует использовать игрушки и картинки для привлечения его внимания к себе. При экспертизе психологического статуса ребёнка надо принимать во внимание те проблемы, с которыми родители сталкиваются при общении с ним, определить психологическую структуру конкретно выявленного дефекта его развития или девиантного поведения в ходе

тестирования, анализа рисунков или, при необходимости, проведения коррекционной работы. Особенно полезен обучающий эксперимент, который даёт возможность выявить задатки и способности ребёнка. Экспериментальные исследования дадут чёткую картину трудностей общения с ребёнком и позволяет выявить уровень развития его познавательных процессов, задатков, способностей, интересов, мотивации деятельности. Необходимо также учитывать уровень работоспособности ребёнка. Неуверенных, боязливых и робких детей нужно подбодрить, а с сильно расторможенными детьми использовать строгий тон речи. Перед беседой с ребёнком следует изучить данные о его физическом развитии, перенесённых им хронических заболеваниях, его взаимоотношениях с окружающими дома и в коллективе (в детском саду, школе, с друзьями во дворе), а также о его отношении к животным. Следует помнить, что для большинства детей с явлениями ретардации присуща быстрая утомляемость, снижение активности и темпа деятельности, внимательности. У них замедлена ориентировка в новом материале и целенаправленность действий.

Главная задача психолога состоит в выявлении осознанности речи и мотивации активности либо пассивности пациента. С целью исключения ошибки при этом необходимо использовать комплекс различных параллельных методик, которые помогут выявить уровень адекватности реагирования пациента на те или иные раздражители и ситуации социального плана, особенностей проявления им своих личностных качеств.

При проведении экспертизы психолог может брать на себя различные функции, которые связаны с проявлением артистизма и психолого-суггестивного влияния. Так, определяя свою функцию как доминирующую, он ведёт

себя как строгий эксперт-учитель, указывает на эталоны правильного и неправильного поведения, демонстрирует свою глубокую осведомлённость проблемами пациента и понимание их. Такой психолог должен быть представлен пациенту как высококвалифицированный специалист, имеющий множество рангов: руководитель исследовательской лаборатории, научный консультант, член международных ассоциаций, профессор, доцент, учёный и т.п. Он обычно строго ограничивает время общения с пациентом, показывая свою большую занятость. Всё это, в целом, создаст у пациента необходимую психологическую установку веры в него и сформирует готовность прислушиваться к его мнению.

Психолог может также выступать в роли независимого эксперта. В этом случае он показывает, что его работа носит исследовательский характер и он ценит любую дополнительную информацию от других специалистов для выявления истины. При этом он дистанцируется от пациента, собирая лишь значимые для него факты, необходимые для диагностики.

Психолог может играть роль эмпатического слушателя, сопереживая пациенту. Он проявляет неподдельный интерес к пациенту, расценивая его информацию как поразительную историю, достойную описания в романе. Это обуславливает доверительный контакт с пациентом. Будучи гуманным и внимательным слушателем, психолог отмечает ценность переживаний пациента, становится с ним на одну ступень и показывает, что основные силы, способные ему помочь, находятся не за пределами его, а внутри него самого. Он обращает внимание на индивидуальные особенности и уникальность личности и судьбы пациента; не стесняется ему сказать о сходстве некоторых собственных потрясений и переживаний с его проблемами и отмечает творческий

элемент в его сновидениях, мечтаниях, мыслях.

Заключение психолога имеет, как правило, социальную направленность, поэтому мотивы поведения и ценностные ориентации пациента (как взрослого, так и ребёнка) имеют первостепенное значение для определения профрекоmendаций, предлагаемых для дальнейшей деятельности с учётом нарушенных функций.

В заключении психологической экспертизы для детей и подростков должны быть указаны причины их эмоциональной неустойчивости и неадекватного поведения. Среди них наиболее актуальны и достаточно часто встречаются такие как психопатии, акцентуации характера, «пубертатный криз», педагогическая запущенность, явления ретардации, а также проявления аггравации, симуляции. Порой в ходе экспертизы удаётся выявить одарённость или некоторые проявления гениальности ребёнка.

Проводить экспертную работу с детьми и подростками в ряде случаев желательно в присутствии родителей с тем, чтобы продемонстрировать им возможности коррекционной работы и наглядно показать им те трудности, которые ребёнок испытывает и указать на необходимость изменения условий его деятельности.

Особое внимание при проведении медико-психологической экспертизы, несомненно, должно быть уделено детям, подросткам и лицам пожилого и старческого возраста (с учётом возрастных особенностей их психики). Характерно, что дети, родители которых их довольно часто ругают, воспринимают болезнь как определённый отдых от поучений и наказаний. Они, несмотря на наличие болевых симптомов, счастливы тем, что родители стали к ним более внимательны. Изменившееся эмоциональное отношение к ним они стремятся сохранить как можно дольше, прибегая к

аггравации либо симуляции. Особенно это касается «трудных детей», ибо им в период болезни особенно необходимы благоприятные условия для восстановления их жизнедеятельности и развития, а также адекватной социальной среды, способствующей дальнейшему обучению и развитию. Во многих случаях наибольшее значение для распознавания псевдонарушений приобретает методика «обучающего эксперимента», базирующаяся на концепции Л.С.Выготского о зонах ближайшего развития. Методика Векслера-Панасюка широко применяется для изучения уровня интеллектуального развития. Моделирование конкретных ситуаций, чаще в играх, посредством которых возможно провоцировать те или иные действия, даёт возможность через детскую непосредственность понять истинное состояние ребёнка. По мнению А.Фрейд, лишение ребёнка подвижности и требование лежать в постели порождает раздражительность и беспокойство. Дети не могут притворяться долго, лишая себя двигательной активности. В процессе игры, забывая обо всём, они могут выдать себя, если пытаются ввести в заблуждение окружающих.

В заключении психологической экспертизы для детей и подростков должны быть указаны причины их эмоциональной неустойчивости и неадекватного поведения. Среди них наиболее актуальны и достаточно часто встречаются такие как психопатии, акцентуации характера, «пубертатный криз», педагогическая запущенность, явления ретардации, а также проявления аггравации и симуляции. Порой в ходе экспертизы удаётся выявить одарённость или некоторые проявления гениальности ребёнка.

Проводить экспертную работу с детьми и подростками в ряде случаев желательно в присутствии родителей с тем, чтобы продемонстрировать им

возможности коррекционной работы и наглядно показать им те трудности, которые ребёнок испытывает, и указать на необходимость изменения условий его деятельности.

Анализируя неадекватное поведение людей пожилого и старческого возраста, следует также отметить, что проявление элементов аггравации и симуляции у них часто имеет место для того, чтобы окружающие уделяли им больше внимания. Одиночество угнетает их и они начинают искать у себя различные симптомы болезней. Они становятся мнительными, подозрительными, недоверчивыми, пытаются утяжелить своё реальное состояние. Это их «крик души», указывающий на необходимость проявления к ним большей сострадательности и доброжелательности. Однако в случаях, когда они чувствуют, что очень необходимы своим близким, которые нуждаются в их помощи, они склонны к диссимуляции.

Психологу чрезвычайно важно разобраться в истинных и мнимых проявлениях болезненного состояния пациента для организации дальнейшей правильной работы с ним по снятию страхов и обид, выявлению причин неблагоприятного психологического климата, отрицательно влияющего на его взаимоотношения с окружающими, порождающего нежелательную симптоматику как результат стрессов и переживаний.

При составлении заключения экспертизы необходимо указать жалобы пациента на здоровье, нарушения работоспособности, сна, познавательных процессов, эмоций. Далее, указать использованные методики и сделать выводы, на основе анализа данных, полученных в ходе обследования, охарактеризовать замеченные нарушения адекватности психических процессов и состояний и дать рекомендации по дальнейшей

психологической и социальной реабилитации²⁴.

Вопросы к семинарскому занятию 12

1. Организация проведения медико-психологической экспертизы. Её значимость.
2. Состав и полномочия комиссии для проведения медико-психологической экспертизы.
3. Способы выявления симуляции и псевдонарушений психики.
4. Критерии объективности заключения при определении психологических нарушений.
5. Особенности психологической экспертизы детей и подростков.
6. Особенности психологической экспертизы лиц пожилого и старческого возраста.
7. Составьте заключение психологической экспертизы.

²⁴ См. образец в приложении 5.

ТЕМЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

(подготовка докладов и презентаций)

1. В.М. Бехтерев – основоположник медицинской психологии
2. Этапы развития медицинской психологии как науки.
3. Развитие медицинской психологии в Казахстане.
4. Аль-Фараби – основоположник медицинской психологии и психотерапии Востока.
5. Психологические установки А.Яссави.
6. Психофизиологический подход Абу Али Ибн Сины.
7. Развитие медицинской психологии в России.
8. Развитие медицинской психологии на Западе.
9. Бихевиоризм и значение его теорий для медицинской психологии.
10. Современные теории американской гуманистической психологии в практике медико-психологической коррекции.
11. Гештальтпсихология, реабилитация и психокоррекция пациентов.
12. Современная психодиагностика и профилактика заболеваемости.
13. Организация и проведение психологических экспериментально-клинических исследований.
14. Расстройства сознания и их последствия.
15. Проективные методы психологического исследования личности.
16. Учёт индивидуальных особенностей личности в работе с пациентом.
17. Особенности общения в экстремальных ситуациях.
18. Психологическая совместимость.
19. Социально-психологическая реабилитация пациентов.
20. Основы психоанализа в работе с больными.

21. Использование основ транзактного анализа для психодиагностики и психокоррекции.
22. Вопросы медицинской психологии в трудах мыслителей средневекового Востока (ар-Рази, аль-Фараби, Ибн Сина).
23. Влияние семейных взаимоотношений на ход течения болезни и реабилитацию пациента при некоторых соматических (или неврологических) заболеваниях.
24. Пути реабилитации и создания благоприятного психологического климата в условиях стационара.
25. Роль деонтологических установок в ходе работы с пациентами.
26. Нарушения межличностных взаимоотношений и аномалии личности при алкоголизме (наркомании).
27. Изучение расстройств памяти при соматических заболеваниях.
28. Патологические эмоции при различных заболеваниях.
29. Изменения личности при хронических соматических заболеваниях.
30. Характеристика личности суицидентов. Профилактика суицидов.
31. Профилактика душевного здоровья.
32. Синдром хронической усталости и его профилактика.
33. Стресс и его влияние на организм человека.
34. Сексуальные дисгармонии и перверзии.
35. Нарушение познавательных процессов при отдельных патологических состояниях и заболеваниях.
36. Дистимия.
37. Основные теории развития болезни с позиций медицинской психологии.
38. Особенности нарушений психики у детей и подростков.
39. Психологические комплексы и пути их коррекции.
40. Особенности нарушений психики у лиц пожилого, старческого и преклонного возраста.

41. Арттерапия и её возможности.
42. Маниакально-депрессивный синдром
43. Корсаковский синдром.
44. Невротические расстройства
45. Синдром «профессионального выгорания»
46. Методика реабилитации посредством творческого самовыражения.
47. Мероприятия по вовлечению пожилых людей в активную деятельность.
48. Основы музыкотерапии.
49. Канон врачебной науки Ибн Сины.
50. Методика холотропного дыхания и ребефинга.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

При решении практических задач необходимо определить уровень психологических нарушений и ответить на следующие важнейшие проблемные вопросы

1. Какие наиболее значимые факты получены в анамнезе?
2. Определите тип реакции на нарушение состояния здоровья: дискомфортный, алгический или дефицитарный.
3. Каково отношение пациента к своему состоянию здоровья: гиперсоматонозогнозия, гипосоматонозогнозия, диссоматонозогнозия, нормосоматонозогнозия, анозогнозия?
4. Охарактеризуйте эмоциональное состояние пациента: депрессия, маниакальное возбуждение, фобии, истерия, ипохондрия.
5. Определите стадию нарушения здоровья: латентная, появление первых признаков, разгар заболевания, криз, кризис, ремиссия, реконвалесценция, рецидив, хронический процесс. Аргументируйте свой ответ.
6. Какова личностная реакция пациента: астеническая, депрессивная, ипохондрическая, тревожно-мнительная, истериформная, волевая, наблюдается ли склонность к сублимации?
7. Определите ведущие психологические компоненты данного этапа заболевания: адекватность или неадекватность оценки своего состояния, каков ведущий травмирующий фактор.
8. Имеются ли изменения сознания у пациента?
9. Выскажите свои соображения относительно причин, вызвавших данное психологическое состояние пациента (истоки дисфункций).
10. Наметьте оптимальные пути психологической коррекции данного состояния.

Сделайте психологический анализ состояния пациентов в предложенных ситуациях:

Ситуация 1. У пациента плохое настроение, повышенное состояние тревоги, ощущение неблагополучия, плохой сон, сновидения обычно неприятные, порой страшные; в целом в ходе начального обследования и сбора анамнеза существенных и угрожающих жизни нарушений не выявлено. Чем вызвано подобное отношение больного к своему состоянию? На что следует обратить особое внимание и что можно порекомендовать пациенту в подобной ситуации?

Ситуация 2. Больной присуща демонстративность поведения, склонность к истерии, маниакальной возбудимости; речь быстрая суетливая, громкая. Жалобы на непонимание со стороны окружающих, трудность в общении, склонность к обморокам. По словам пациентки, она часто испытывает головные боли, являющиеся в большинстве случаев результатом ссор с родственниками или с сослуживцами. Это часто приводит к плохому сну и чувству разбитости по утрам. Лишь окунувшись в работу, пациентка забывает обо всем отрицательном, но рано или поздно, как правило, возникает конфликт с кем-либо, кто мешает ей работать, и вновь происходит стрессовая ситуация, затем следует эмоциональный срыв.

Ситуация 3. Девочка 10 лет страдает бронхиальной астмой. Из-за ночных приступов часто бывает бессоница и страх перед новыми приступами. Она постоянно думает о своей болезни и ни на шаг не отпускает свою мать, боится спать в темноте. В дневное время приступы редки, но страх из-за того, что они могут быть, мешает девочке полноценно учиться и общаться со сверстниками. Она боится простуды, чтобы приступы не усилились и считает себя неизлечимо больной.

Ситуация 4. Находясь в онкологическом стационаре, больной полагает, что его пребывание там ошибка и обследование, проводимое ему, покажет, что врачи ошиблись и “перестраховали себя” с выставленным ему диагнозом онкозаболевания. Он себя достаточно хорошо чувствует, считает, что проводимое ему обследование должно доказать бездарность врачей, направивших его в онкологический диспансер, и считает своим долгом “разоблачить их”. Тем не менее, смотря на других больных стационара, он, сравнивая себя с ними, отмечает, что другие пациенты действительно плохо выглядят и нуждаются в лечении. Что же касается его самого, то у него нет ничего подобного.

Ситуация 5. Больная, по специальности врач-педиатр, поступила в стационар с диагнозом острого аппендицита. Операция прошла успешно, но, тем не менее, пациентка стала требовать от лечащего врача назначения ей больших доз антибиотиков, т.к., по её мнению, у неё начал развиваться сепсис в послеоперационный период. Хотя объективных показателей этому нет, она обвиняет лечащего врача в халатности и бездушии по отношению к ней, полагая, что её состояние может ухудшиться.

Ситуация 6. Женщина обратилась к врачу с просьбой о пластической операции по поводу изменения структуры своего курносого носа, который ей не нравился. После проведенной ей операции она осталась недовольна результатом и потребовала её повторить с целью дополнительной коррекции. Однако и после второй операции она была снова недовольна, а после третьей попытки была убеждена, что её совсем «изуродовали», и подала на врача в суд «за небрежную работу».

Ситуация 7. Пациентка предъявляет жалобы на боли в желудке, особенно после еды и по ночам. Ей присущ пессимизм и неверие в благополучное лечение.

Повышенное внимание ко всем процессам, происходящим в её организме, сочетается с эмоциональной нестабильностью, частой сменой настроения, склонностью к преувеличению силы болевого синдрома, упрямству, несговорчивости, постоянной самооценке эффективности изменения своего состояния после принятия тех или иных медикаментов; она считает, что всё, назначенное ей, малоэффективно; пытается получить консультацию у различных врачей и, как правило, остается неудовлетворенной данными ей назначениями, начинает искать нового “лучшего” врача, который смог бы помочь ей.

Ситуация 8. Пенсионер, 68 лет. Страдает снижением зрения, периодическим потемнением в глазах. К своему здоровью в целом относится беспечно. Он полагает, что ему необходимы лишь лучшие очки. От назначенного лечения отказывается, считая его излишним; т.к. уверен, что здоров, и лишь после долгих уговоров соглашается на лечение. Однако, пройдя одну-две процедуры, забывает о продолжении назначенного лечения, ибо считает, что ничего серьёзного у него нет, а врачи недобросовестно относятся к подбору очков.

Ситуация 9. В период беременности у женщины неоднократно отмечалась эмоциональная неустойчивость, болевой синдром, сопровождавшийся сужением сознания, психомоторным возбуждением и бранью. После рождения здорового ребенка женщина ощутила себя тяжело больной; ребенку не рада, молоко отсутствует; сон плохой, поверхностный и непродолжительный, снотворные средства малоэффективны. Она стала неряшливой, не хочет вставать с постели, умываться, причёсываться; говорит, что ей дают «не те лекарства», которые ей необходимы, и хотят, чтобы она быстрее умерла. Тревога и возбуждение первых дней на 3-4 день сменились

апатией, она стала отказываться от лекарств и говорит, что готова умереть; к своему ребёнку равнодушна.

Ситуация 10. Больной, госпитализированный в клинику на обследование по поводу обострения хронического холецистита, считает лечение бесполезным. По его мнению, жена специально направила его в больницу для того, чтобы встречаться со своим любовником, поэтому он настаивает на выписке домой, однако, периодически испытывает тяжелые приступы боли. В этих случаях он просит о помощи, полагая, что уже умирает, однако после купирования приступа заболевания, считает, , забывая о недавней боли, что уже всё в порядке и дальнейшее обследование не нужно. В состоянии временной ремиссии он ощущает себя здоровым, а в момент приступа – умирающим, испытывая невыносимую боль, громко кричит и стонет, пока ему не сделают инъекцию, купирующую болевой приступ.

Рекомендуемая литература

1. Абрамова Г.С., Юдкевич Ю.А. Психология в медицине. - М., 1998.
2. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. – М., 1976.
3. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – М.: Молодая гвардия, 1978. – 192с.
4. Баншиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф. Медицинская психология. – М., 1967.
5. Блейхер В.М., Крук И.В., Баков С.Н. Практическая психология. — Ростов на-Дону: Феникс, 1996.
6. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика Киев, 1986.
7. Барлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. - Киев, 1989.
8. Бойко В.В. энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. - М.: Филин, 1996. – 472с.
9. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1990.
10. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. – М., 1989.
11. Волков В.Т., Стрелич А.К., Караваева Е.В., Тетенев Ф.Ф. Личность пациента и болезнь. – Томск, 1995.
12. Деянов В.Я. Психические нарушения при ревматизме у детей и подростков. – М., 1982.
13. Завьялов А., Плотников В. О путях вовлечения психологии в практическую медицину. //Психолог. ж-н, 1996. № 4.
14. Зальцман Г.И. Мозг и психика. Алма-Ата, 1983.
15. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. – М., 1980.
16. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 1986.
17. Исаев Д.Н. Психопрофилактика в практике педиатра. – Л., 1984.
18. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы

- психологической диагностики и коррекции в клинике. - Л., 1983.
19. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. - Л., 1982.
 20. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л., 1980.
 21. Кон И.С. Психология юношеского возраста. - М., 1979.
 22. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков. - М., 1988.
 23. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. - Прага, 1984.
 24. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. - Л., 1976.
 25. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1966.
 26. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л., 1977.
 27. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. - Л., 1977.
 28. Магазинник Н. Искусство общения с больным. - М., 1991.
 29. Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. - М., 1984.
 30. Мягков И. Ф., Боков С. Н. Медицинская психология, 1999.
 31. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. - Л., 1960.
 32. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - М., 1987.
 33. Общая психодиагностика: Основы психодиагностики, немедицинской психотерапии и психологического консультирования: Учеб. пособие /Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. — М.: МГУ, 1987.
 34. Панасюк А.Ю. Адаптированный вариант личностного опросника для детей. - Л., 1973.
 35. Платонов К.К. Методологические проблемы

- медицинской психологии. - М., 1977.
36. Практикум по психологии. /Под ред. Твороговой Н.Д. - М., 1997.
 37. Психологическая диагностика. /Под ред. К.М.Гуревича, Е.М.Борисовой. - М., 1997.
 38. Психогигиена детей и подростков. /Под ред. Г.Н.Сердюковской, Г.Гельница. - М., 1985.
 39. Рабин Дж. Диагностическое использование интеллектуальных тестов. //Руководство по клинической психологии. Нью-Йорк, 1965.
 40. Саймонтон К., Самонтон С. Возвращение к здоровью. - Спб., 1995.
 41. Сапарова И.А. Психология переживания болезни. - А., 1997.
 42. Селье Г. Стресс без дистресса. - Рига, 1992. - 176 с.
 43. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. Кн. 1-3. - М., 1990.
 44. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. - М., 1984.
 45. Теплицкая Е.И. Психомоторная активность при нарушениях психики. - Киев, 1982.
 46. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. - М., 1986.
 47. Тышлевич И.М., Немцева А.Я. Руководство по медицинской психологии. - М., 1985.
 48. Уотсон Р.Д. Клинический метод в психологии. - Нью-Йорк, 1963
 49. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. - М., 1987.
 50. Цветкова Д.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность. - М.: МГУ, 1985.
 51. Чистов В.В. Психология. Словарь-справочник. (терминология, персоналии, кроссворды). - А., 1999.

52. Чистов В.В. Развитие медицинской психологии в Казахстане. - А., 1987.
53. Чистов В.В. Эмоционально-волевая сфера в наследии аль-Фараби. - А., 1987.

Приложение 1

Тест: «Закончи предложение»

(на выявление подсознательных побуждений, мотивации поступков, душевного настроя)

1. Если я знаю, что нужно отдохнуть, то я всегда ...
2. Выбирая между интересным, но необязательным и необходимым, но скучным, я отдаю предпочтение...
3. Если мне кто-то не нравится, то я...
4. Если бы я сейчас был дома, то...
5. Если бы мне предложили поехать на курорт по льготной путёвке...
6. Если бы я был на месте своих родителей, то...
7. Когда я слушаю веселую музыку, то мне...
8. Когда я в одиночестве нахожусь дома, то это для меня...
9. Когда ложь становится единственным средством сохранения хорошего отношения ко мне, то...
10. Когда я затрудняюсь в чем-то, то...
11. Я всегда мечтал(а) ...
12. Мало кто знает, что я боюсь...
13. Хорошее вино...
14. Иногда в моей душе просыпается...
15. Моей большой ошибкой было...
16. Когда нужно рисковать, я обычно...
17. Я не люблю людей, которые...
18. В ссоре с друзьями лучше...
19. Думаю, что мой отец редко...
20. Я люблю мать, но ...
21. Больше всего мне нравится...
22. Мое хобби...
23. Если бы я имел возможность, то...
24. Если нет возможности заниматься сексом, то...
25. Если есть возможность заниматься сексом без всяких ограничений, то это...

26. Я горжусь тем, что...
27. Главное достоинство женщины, это...
28. Главное достоинство мужчины, это...
29. Если я замечаю недостатки в окружающих людях, то
30. Если бы я мог(ла) колдовать, то ...
31. Если бы я всегда спокойно спал(а), то...
32. Если бы я остался без работы, то...
33. Если бы завтра нужно было довольно много поработать физически, то...
34. Если бы в моей семье было...
35. Если бы мне предложили вновь стать ребёнком, то я...
36. Если бы мне сегодня можно было всю жизнь изменить, то я бы...
37. Если бы друзья приходили почаще, то ...
38. Если бы друзья приходили пореже, то ...
39. Если бы мой друг меня предал, то...
40. Супружеская верность – это ...

Приложение 2

Методика цветового теста М.Люшера

Данный тест основан на восприятии 4 основных (синий, зелёный, оранжево-красный, светло-жёлтый) и 4 дополнительных (фиолетовый, коричневый, чёрный, серый) цветов. На основе анализа выбора цвета определяется эмоциональное состояние пациента.

Характеристика основных цветов:

Синий цвет символизирует спокойствие;

Зелёный указывает на уверенность, настойчивость, упрямство, символизируя потребность в самоутверждении;

Оранжево-красный – признак агрессивности, проявления воли, возбуждения, указывает на потребность в активных действиях;

Светло-жёлтый цвет характеризует активность, стремление к общению.

Дополнительные цвета характеризуют негативные проявления:

Фиолетовый - повышенную чувствительность и интуитивность;

Коричневый символизирует какой-либо дискомфорт.

Чёрный – противодействие, непринятие чего-либо.

Серый – напряжённость, связанную с переутомлением, беспокойством, тревожностью.

Приложение 3

СХЕМА ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. **Сбор анамнеза:** выявление истоков нарушения здоровья, наличия хронических болезней, перенесённых травм, стрессов, продолжительности страданий.
2. **Индивидуальные личностные особенности:** внешний вид, конституция, темперамент (уровень невротизма)²⁵, двигательная активность, акцентуированные черты характера, интересы и склонности.
3. **Методы психологического исследования:** беседа, тестирование, анкетирование, анализ продуктов деятельности, наблюдение за пациентом в процессе общения с ним.
4. **Выявление этапа нарушения здоровья:** наличие состояний абсанса, гипнолепсии, изменений сознания на основе изучения предъявляемых пациентом жалоб. Особенности восприятия себя, собственной личности.

²⁵ см. приложение 2. Тест Айзенка

5. Выявление ведущих симптомов нарушения здоровья: расстройства сна, деятельности, снижения работоспособности, психогений, алгий, дистанцирования.

А) Нарушения личностного плана:

акцентуации, инфантильность, психопатии, психологические комплексы, дисморфофобии, анорексии, перверзии, деградация, деменция. Особенности поведения (мимика, поза, жест, девиантное поведение). Критика и отношение к собственным переживаниям.

Б) Нарушения мотивационно-потребностной сферы: появление абулии, гипобулии, абстиненции, негативизма, аутизма, дипсомании, пиромании, дисфории, гипертимии, obsессий, эксгибиционизма, трансвестизма, маниакального возбуждения, депрессий.

В) Нарушения эмоционально-волевой сферы:

абулия, гипербулия, гипобулия, ажитация, дистимия, фобия, наличие стрессов, проявление синдрома хронической усталости, «выгорания», апатии, астении, аффектов, ревности, эйфории.

Г) Нарушения в сфере общения: проявления агрессивности либо апатии в межличностных взаимоотношениях на работе, в семье, в отношениях с друзьями, с детьми.

Д) Нарушения речи: афазия, брадифазия, дизартрия, алексия, акатафазия, агитофазия, парафазия, логоневроз, эхолалия, мутизм, олигофазия, паралогизм.

Ж) Нарушения проявления познавательных (когнитивных) процессов:

внимания: рассеянность, апрозексия;

ощущений: сенсопатия, парестезия, гиперестезия (сенсобилизация), гипоестезия, агвезия, парагвезия, акоазма;

восприятий: агнозия, парейдолия, иллюзии, галлюцинации, дальтонизм, деперсонализация, дереализация;

памяти: амнезия, реминисценция, псевдореминисценция, конфабуляции, гипермнезия, гипомнезия, дисмнезия;

мышления: акалькулия, неологизм, амбивалентность, амбитендентность, инкогеренция, логоклония, ментизм, персеверация, резонёрство, шизофазия, олигофрения, маразм;

воображения: гебефрения, проявление аутизма, галлюнаций, символизма, характера сновидений и грёз.

6. Нарушения двигательной активности: абазия, акинезия, аграфия, акатаграфия, анергии, паракинезия. Наблюдаются ли нарушения в ориентировке в месте, времени и т.п.

7. Выявление защитных механизмов: сублимации, агрессивности, беспечности, мастурбации, истеричности и др.

8. Методы психокоррекции: тренинги, ауто тренинги, медитация, психотехника, психогигиена, психогимнастика, психотерапия, суггестия.

9. Катамнез: анализ эффективности работы с больным. Составление психологического заключения об изменении состояния пациента после проведённой психокоррекции. Выявление других возможных путей нормализации подобных состояний.

Приложение 4 (образец)

Заключение по психологическому обследованию пациента

В ходе проведения психологической экспертизы при беседе с пациенткой К., 24 лет, атлетического телосложения, выраженного меланхолического темперамента, интровертивного типа личности, предъявившей жалобы на расстройство сна ночью (бессонницу) и гипнолепсию в дневное время, рассеянность и гипомнезию, псевдореминисценции, дистимию, она отметила, что это часто приводит её к состоянию тоски и апатии. При сборе анамнеза было выяснено, что она недавно с отличием окончила ВУЗ, после чего не смогла найти достойную работу. Испытывала выраженную фрустрацию, она впала в депрессию. Хотя сознание не терялось, пациентка допускает наличие абсанса. Периодически она отмечает наличие у себя антероградной амнезии. Специального лечения не принимала, однако её активность резко снизилась, стала развиваться астения, пропал аппетит, стала формироваться анорексия.

На основе проведённого психологического тестирования, анализа продуктов деятельности, естественного эксперимента и психоанализа можно заключить, что пациентка находится на сенсологическом уровне оценки своего состояния. У неё наблюдается дистанцирование и нарушение адекватного общения с окружающими в результате развивающейся у неё дипсомании, дромомании и аутизма, что привело к брадифазии, гипомнезии, акатаграфии, анергии и периодическому проявлению мутизма, что характеризует её состояние как дисконформное. В ходе использования метода психоанализа выявлена склонность пациентки к

трансвестизму, фетишизму, проявлению желания мастурбировать, сочетающимся с выраженной андрофобией, агорафобией и гипсофобией, а также периодически появляющихся симптомов сенсопатии в форме зуда кожных покровов. Отмечается явление ипохондрии и наличие кризов, тревожно-мнительная реакция, выражающаяся в стремлении к сублимации.

На основе вышеотмеченного можно заключить, что ведущим фактором нарушения здоровья является полученная психическая травма, повлиявшая на переоценку ценностей, нарушение личностного развития, появление obsessions, перверзий, дипсомании.

Рекомендовано: неуклонное следование правилам психогигиены, соблюдение режима труда и отдыха, получение полноценного и регулярного питания. Для снятия имеющихся негативных проявлений следует заниматься психогимнастикой, аутотренингом. Для реконвалесценции необходимо пройти курс психотерапевтического лечения, обеспечить чуткое и внимательное отношение со стороны близких, посещение концертов, дискотек, создание благоприятного психологического климата в семье и далее пройти курс психотренингов по общению и стабилизации эмоционального состояния.

Приложение 5

СЛОВАРЬ ОСНОВНЫХ ТЕРМИНОВ И ПОНЯТИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

АБАЗИЯ -

утрата способности ходить при заболеваниях нервной системы.

АБСАНС -

кратковременная потеря сознания (на несколько секунд).

АБСТИНЕНЦИЯ

(от лат. сл. «воздержание») – болезненное состояние после прекращения применения каких-либо привычных химических препаратов (обычно алкоголя или наркотиков и ряда лекарств), к которым формируется привыкание.

АБУЛИЯ (от греч.сл. «абулия» – «нерешительность») - безволие как патологическая слабость, утрата желаний, полная безучастность. Отказ от общения.

АГВЕЗИЯ (от греч. сл. «гвезис» – «вкус». Приставка «а» означает отрицание чего-либо) - потеря вкусовой чувствительности.

АГГРАВАЦИЯ (от лат.сл. «аграваре» – «делать тяжелым») - сознательное преувеличение больным тяжести своего болезненного состояния.

АГИТОФАЗИЯ

(от лат. сл. «агито» - «возбуждать» и греч. сл. «фазис» – «речь») - быстрая, торопливая и малопонятная речь, наблюдающаяся в состоянии возбуждения (эйфории).

АГНОЗИЯ

(от греч. сл. «гносис» – «познание». Приставка «а» означает отрицание чего-либо) – нарушение восприятия, узнавания и ориентации в пространстве.

АГОРАФОБИЯ -

страх перед открытым пространством больших площадей.

АГРАФИЯ

(от греч. сл. «графо» – «писать»; приставка «а» означает отрицание чего-либо) – нарушение способности писать.

АГРЕССИВНОСТЬ

(от лат. слова "агрессио" - "нападение") - действия или поведение, в целом выражающееся в стремлении совершения насильственного акта, направленного на причинение физического или психологического вреда окружающим.

АДАПТАЦИЯ -

приспособление к новым условиям окружающей среды.

АДЕКВАТНОСТЬ (от лат. слова "адекватус"- "приравненный") - соответствие реакций вызвавшему их раздражителю.

АЖИТАЦИЯ (от фр. сл. «возбуждать, волновать») - сильное волнение и возбуждение.

АКАЙРИЯ (от греч. сл. «кайрос» - «норма, мера») - нарушение психики, выражающееся в склонности повторять одни и те же стереотипные вопросы и просьбы.

АКАЛЬКУЛИЯ (от лат. сл. «калькуло» - «считать») - невозможность выполнять счётные операции.

АКАТАГРАФИЯ (от греч. «катаграфия» – «записывать») - нарушение письменной речи, при котором не соблюдается порядок слогов в слове и слов в предложении.

АКАТАФАЗИЯ (от греч. «катафизис» – «утверждение») - нарушение устной речи, при котором употребляются сходные по звучанию, но не подходящие по смыслу слова.

АКИНЕЗИЯ (от греч.сл. «неподвижность») - нарушение или недостатки двигательных функций.

АКОАЗМЫ - слуховые иллюзии в виде шума, стука, грохота, шипения и т.п.

АКЦЕНТУАЦИЯ

(от лат. слова "акцентус" - "ударять") - выделение каких-либо психических качеств индивида на фоне других, менее выраженных.

АКЦЕНТУИРОВАННАЯ ЛИЧНОСТЬ -

Данный термин введен психиатром К.Леонгардом (1964 г) для характеристики особенностей проявления особо выраженных черт несдержанного характера, имеющего негативные проявления, часто именуемые психопатиями.

АЛГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ - болевой компонент заболевания.

АЛЕКСИЯ - потеря способности читать вследствие очагового поражения головного мозга.

АМБИВАЛЕТНОСТЬ - появление взаимоисключающих проявлений психики, характеризующих непоследовательность мышления и неадекватность поведения.

АМБИТЕНДЕНТНОСТЬ -

высказывание взаимоисключающих идей.

АМЕНЦИЯ (от лат.сл. «безумие») -

спутанность сознания, характеризующаяся бессвязностью мышления, растерянностью, нарушением ориентировки, амнезией. Больному присущи отрывочные бессистемные бредовые галлюцинаторные переживания, резкие колебания настроения, хаотическое двигательное возбуждение (в пределах постели). Контакт невозможен, окружающая

обстановка не осмысливается. Данное состояние может продолжаться в течение нескольких дней или недель. Воспоминаний нет.

АМИМИЯ - снижение или отсутствие мимических реакций вследствие нарушения функций нервной системы.

АМНЕЗИЯ - потеря памяти.

АНАЛЬГИЯ (АНАЛЬГЕЗИЯ)

(от греч. сл. «аналгес» – «обезболенный») - отсутствие болевого чувства.

АНАМНЕЗ - сбор данных в процессе беседы о факторах, способствовавших возникновению заболевания или какого-либо патологического состояния.

АНДРОФОБИЯ - страх перед возможностью полового акта.

АНЕРГИЯ -

отсутствие активности (психической, двигательной, речевой).

АНЕСТЕЗИЯ - отсутствие чувствительности.

АНОЗОГНОЗИЯ -

отрицание серьезности и тяжести опасных для жизни заболеваний, таких как рак, туберкулез и т.п.

АНТРОПОФОБИЯ -

боязнь контактов в общении с окружающими людьми.

АНОРЕКСИЯ -

голодание (необоснованный отказ от пищи), связанный с психическими нарушениями и ведущий к похудению.

АПАТИЯ -

психическое состояние, вызванное утомлением, стрессом, фрустрацией или болезнью, характеризующееся пассивностью и безразличием к окружающему.

АПРАКСИЯ (от греч. сл. «апраксия» – «бездействие») -

нарушение способности производить целенаправленные действия.

АПРОЗЕКСИЯ - полное выпадение внимания

АСТЕНИК - конституционный тип, выделенный в классификации Э.Кречмера.

АСТЕНИЧЕСКИЕ ЭМОЦИИ (АСТЕНИЯ) -

отрицательные эмоциональные переживания, связанные с неустойчивостью настроения и преобладанием таких эмоций, как грусть, тоска, разочарование, отчаяние, которые снижают работоспособность человека и его жизненную активность, ведут к неусидчивости, нетерпеливости, быстрому утомлению.

АТРОФИЯ (от греч. сл. «атрофия» – «увядание») – прекращение функции какого-либо органа.

АУТИЗМ

(от греч. слова "ауто" - "сам") – "уход в себя". Это форма психологического отчуждения и безразличия к окружающему миру вследствие глубокого погружения в мир собственных переживаний, грез и фантазий. Данное болезненное состояние выражается в чрезмерной замкнутости и нежелании индивида вступать в контакт с окружающими.

АУТОТРЕНИНГ -

метод самовнушения, который на основе физических и психологических упражнений способствует укреплению нервной системы, снятию стрессовых перегрузок и перенапряжения по специальной системе. (В основе метода лежат отдельные элементы йоги, обуславливающие выработку умения управлять собой, научно разработанные и внедрённые в практику немецким врачом Г.Шульцем).

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА

(от греч. слов "аутос"- "сам", "генос"- "происхождение"). Система упражнений аутотренинга, основанная на расслаблении и самовнушении, создании в своём сознании благоприятной психологической установки на обретение желаемого.

АФАЗИЯ амнестическая –

нарушение способности воспоминания и узнавания слов.

АФАЗИЯ моторная –

нарушение способности произнесения слов.

АФАЗИЯ сенсорная –

нарушение способности восприятия речи.

АФФЕКТ - сильное, относительно кратковременное эмоциональное переживание, связанное с выключением либо сужением сознания.

БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ -

отражение окружающей действительности на основе безусловных рефлексов, без осмысления происходящего.

БОЛЬ -

органическое ощущение, возникающее при дискомфорте и угрозе целостности организма как защитная реакция в ответ на неадекватные раздражители.

БРАДИПСИХИЯ -

заторможенность всех психических процессов

БРАДИФАЗИЯ -

замедленная речь, связанная с заторможенностью мышления.

БРЕД -

бессознательная речь, связанная с заболеванием или травмой головного мозга.

БУЛИМИЯ -

мучительный голод, сопровождающийся слабостью, болью в подложечной области или обмороком.

ВАЛИДНОСТЬ - эффективность диагностики.

ВЕРБИГАЦИЯ -

ритмическое монотонное повторение отдельных слов или слогов, часто бессмысленных.

ВНУШАЕМОСТЬ -

восприимчивость и зависимость от словесных указаний кого-либо. Низкая самооценка, неуверенность в себе и такие качества характера как доверчивость, робость и стыдливость способствуют повышенной внушаемости.

ВНУШЕНИЕ -

процесс воздействия на психическую сферу человека с целью формирования в его сознании необходимой психологической установки.

ВОЗБУЖДЕНИЕ -

свойство организма давать активную и более сильную, чем обычно, реакцию на раздражение.

ВУАЙЕРИЗМ -

стремление к подглядыванию за половым актом, раздеванием и физиологическими отправлениями у лиц противоположного пола.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ -

извращенное восприятие действительности в результате болезненного состояния организма.

ГЕБЕФРЕНИЧЕСКОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ

характеризуется дурашливостью, вычурными позами, бессодержательной шутливостью, несимметрическими гримасами, неряшливостью.

ГЕНОТИП

(от греч. слов "гениус" - "дух" и "типос" - "форма, образец") -

совокупность генов, полученных от предков и составляющих генетическую конституцию (своеобразие) индивида.

ГЕРОНТОПСИХОЛОГИЯ -

ветвь психологической науки, изучающая особенности процессов и явлений, происходящих в стареющем организме, и объясняющая специфику психики старческого и преклонного возраста.

ГИНЕКОФОБИЯ - боязнь контактов с женщинами.

ГИПНОЗ -

целенаправленное влияние на психику человека с целью выключения его сознания и управления его психическими состояниями и процессами.

ГИПНАБЕЛЬНОСТЬ -

свойство нервной системы быстро поддаваться влиянию гипноза.

ГИПЕРБУЛИЯ -

повышенная волевая активность, проявляющаяся в порывистости и говорливости, инициативности и безудержности в выполнении какой-либо деятельности.

ГИПЕРЕСТЕЗИЯ (сенсibilизация) -

повышенная чувствительность.

ГИПЕРКИНЕЗИЯ -

повышенное моторное возбуждение, характеризующееся тремором (дрожанием), подергиваниями, судорогами.

ГИПЕРМНЕЗИЯ -

отсутствие или нарушение процесса забывания, вызывающего состояние перегрузки мозга ненужными воспоминаниями.

ГИПЕРСОМАТОНОЗОГНОЗИЯ -

переоценка значимости отдельных симптомов болезни.

ГИПЕРТИМИЯ - повышенное немотивированно радостное настроение, связанное с ускорением мышления и речи, неутомимой деятельностью и усилением влечений.

ГИПЕСТЕЗИЯ -

пониженная кожная чувствительность.

ГИПОБУЛИЯ -

снижение волевой активности, ведущее к вялости, снижению внимания, бездеятельности, обеднению эмоций и мышления.

ГИПОЕСТЕЗИИ - пониженная чувствительность.

ГИПОКИНЕЗИЯ -

снижение моторной активности

ГИПОМНЕЗИЯ - пониженный уровень памяти.

ГИПНОЛЕПСИЯ -

периодически наступающие приступы сонливости.

ГИПОСОМАТОНОЗОГНОЗИЯ -

недооценка значимости отдельных симптомов болезни.

ГИПОТИМИЯ -

угнетённое меланхолическое настроение, уныние и тоска, вызывающие предчувствие грозящего несчастья, тягостные физические ощущения.

ГИПСОФОБИЯ - страх высоты.

ГЛУБИННАЯ ПСИХОЛОГИЯ

опирается на изучение бессознательного, а именно на исследование (психоанализ) глубинных слоев психики, неосознаваемых влечений и потребностей, психологических комплексов, отрицательных черт характера, с целью объяснения поведения человека и оказания влияния на него. Она нашла своё воплощение в трудах З.Фрейда, К.Юнга, А.Адлера и их последователей.

ГОМЕОСТАЗ -

равновесие и относительное постоянство внутренней среды организма, обеспечивающее саморегуляцию его жизнедеятельности. Принцип гомеостаза как основа сохранения устойчивости к различным воздействиям со стороны внешней и внутренней среды.

ГОСПИТАЛИЗМ - недостаток общения, порождающий чувство одиночества и тоски.

ДАЛЬТОНИЗМ -

нарушение цветового зрения, обычно проявляющееся в потере способности различать красный и зелёный цвета. (Этот феномен впервые описан физиком Дж. Дальтоном).

ДЕБИЛЬНОСТЬ -

умственная отсталость легкой степени тяжести. Состояние психики, характеризующееся нарушением мышления при сохраненной способности к познанию и запоминанию.

ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (от лат. слова "девиация", означающее "отклонение") - это поведение человека, выраженное в осознаваемых им действиях и поступках, не согласующихся с принятыми нормами морали в обществе.

ДЕГРАДАЦИЯ -

вырождение, обратное регрессивное развитие личности.

ДЕМОФОБИЯ -

страх толпы.

ДЕЛИРИЙ -

помрачение сознания, возникающее обычно к вечеру, может продолжаться от нескольких часов до нескольких суток. Характерны галлюцинации, чаще зрительные, подвижные, красочные, устрашающие. Возможны тактильные и слуховые галлюцинации, ложное узнавание. Ориентировка только в свете. Амнезии нет. Воспоминания полные.

ДЕМЕНЦИЯ -

приобретенное слабоумие вследствие деградации личности.

ДЕОНТОЛОГИЯ -

наука о долге врача (и других медработников), сохранении тайны больного, следование принципу: «не навредить».

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ -

искаженное самовосприятие.

ДЕПРЕССИЯ -

подавленное эмоциональное состояние, проявляющееся в заторможенности движений и снижении интереса к окружающему миру.

ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ -

состояние, при котором больные воспринимают всё искаженно (как через толстое стекло); конкретные изменения в окружающей обстановке они определить не могут.

ДЕСТРУКТИВИЗМ -

поведение, проявляющееся в агрессивном стремлении быть первым в разрушении привычных стереотипов.

ДИДАКТОГЕНИЯ -

неадекватные методы воспитания, способствующие возникновению комплексов и невротических расстройств.

ДИЗАРТРИЯ -

запинающаяся речь, обусловленная невозможностью правильной артикуляции звуков речи.

ДИПСОМАНИЯ -

непреодолимое влечение к алкоголю, ведущее к запоям.

ДИСГВЕЗИЯ -

неадекватные вкусовые ощущения.

ДИСКОМФОРТ -

состояние тревожности и неудовлетворённости, связанное с переживанием отрицательных эмоций.

ДИСМНЕЗИЯ -

снижение способности к запоминанию, ухудшение памяти.

ДИСМОРФОФОБИЯ -

болезненная идея необоснованно преувеличенного телесного недостатка

ДИССИМУЛЯЦИЯ -

утаивание, сокрытие отдельных симптомов заболевания.

ДИССОМАТОНОЗОГНОЗИЯ -

вытеснение из сознания мыслей о наличии болезни и значимости проявления патологических симптомов болезни.

ДИСТАНЦИРОВАНИЕ -

изменение масштабов происходящего в сторону уменьшения.

ДИСТИМИЯ -

снижение настроения и влечений, появление отрицательных эмоций.

ДИСФОНИЯ -

нарушение речи, выражающееся в хрипоте и вибрирующем ослабленном голосе.

ДИСФОРИЯ -

расстройство настроения, сопровождающееся раздражительностью и злобно-тоскливым состоянием.

ДИСФУНКЦИЯ -

расстройство какой-либо функции органа или системы.

ДОМИНАНТА -

господствующий в коре головного мозга очаг возбуждения.

ДРОМОМАНИЯ (от греч. сл «дромос» – «бег») -

Ничем не мотивированное бродяжничество, непреодолимое неосознанное влечение, связанное с желанием «уйти куда-либо из дома».

ЗАКОМПЛЕКСОВАННОСТЬ -

наличие в подсознании неправильных (извращённых) психологических установок, порождённых страхом, обилием запретов и других стрессовых факторов либо агрессивным поведением со стороны окружающих, вызывающим фрустрацию, а порой и состояние аутизма.

ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ -

замедленная скорость протекания психических процессов и реакций в результате стресса, печали, апатии или нарушения здоровья (болезненных состояний).

ЗАЩИТНЫЙ МЕХАНИЗМ -

бессознательные действия, направленные на самосохранение.

ЗДРАВЫЙ СМЫСЛ -

интеллектуальная способность человека, обеспечивающая возможность решать проблемы на основе приобретённого им практического жизненного опыта. В болезненном состоянии данная способность обычно притупляется.

ЗООФИЛИЯ -

сексуальное влечение к животным.

ИДИОТИЯ (от греч. сл. «невежество») -

наиболее тяжелая форма олигофрении - врожденного психического недоразвития, характеризующаяся отсутствием способности к познавательной (когнитивной) деятельности и развитию даже элементарных навыков.

ИЛЛЮЗИЯ -

ошибочное восприятие объектов окружающего мира при сохранении критической оценки происходящего.

ИМБЕЦИЛЬНОСТЬ -

средняя тяжесть олигофрении, связанная с запоздалым развитием речи (дети начинают говорить только на 3-5 году жизни), характеризуется бедностью словарного запаса. Чтением и письмом дети практически не овладевают, в новых необычных ситуациях они не могут найти решения, с трудом могут обучиться лишь минимальным навыкам.

ИНЕРТНОСТЬ -

замедленность ответных реакций человека на воздействующие на него раздражители, что присуще флегматикам.

ИНКОГЕРЕНТНОСТЬ -

бессвязность мышления, бессмысленный набор слов.

ИНСТИНКТ -

врожденные генетически обоснованные проявления нервно-психических реакций, выражающиеся в бессознательном поведении.

ИНТРОВЕРТ - малообщительный, замкнутый в себе человек.

ИНТУИЦИЯ -

действия, совершающиеся на основе безусловно-рефлекторных реакций, т.е. подсознательно.

ИНФАНТИЛЬНОСТЬ (от лат. слова "инфантилис" - "детский") - задержка в развитии; сохранение у подростка или взрослого человека образа мышления, присущего детям (явление, противоположное акселерации).

ИПОХОНДРИЯ (от греч. сл. «преувеличенный») -

угнетенное состояние психики, связанное с болезненной навязчивой идеей об опасности заболевания, повышенной мнительностью, страхом и преувеличенными неприятными ощущениями.

ИСТЕРИЯ -

болезненное душевное состояние, характеризующееся повышенной эмоциональной возбудимостью, капризностью и непредсказуемостью действий, направленных на сознательное привлечение внимания окружающих к своей персоне.

КАНЦЕРОФОБИЯ -

боязнь заболеть раком.

КАПРИЗЫ -

особенности поведения, присущие детям, старикам и больным людям, выражающиеся в сознательном непослушании и противодействии окружающим с целью достижения комфорта, уменьшении нежелательных воздействий любой ценой, что является основой формирования «психологических комплексов».

КАТАЛЕПСИЯ (от греч. сл. «схватывание») - оцепенение, застывание тела в определенном положении с нарушением способности к произвольным движениям. (возможно при гипнозе, летаргии, истерии и психических заболеваниях).

КАТАТОНИЯ (от греч. сл. «вдоль» и «напряжение») - нервно-психическое расстройство, характеризующееся мышечными спазмами и нарушением произвольных движений либо в возбуждении с различными неожиданными и непредсказуемыми поступками: громким пением, танцами, необоснованным восторгом и т.п.

КЛАУСТРОФОБИЯ -

боязнь нахождения в закрытых помещениях.

КЛЕПТОМАНИЯ -

внезапно возникающая страсть к воровству.

КЛЕПТОФОБИЯ -

боязнь воров

КОМПЕНСАЦИЯ - метод психологической защиты, основанный на создании в воображении положительных стимулов осознания человеком своих достоинств и вытеснения с помощью их отрицательных эмоциональных переживаний, связанных с имеющимися у него недостатками.

КОМПЛЕКСЫ -

черты характера, которые доставляют человеку неудовлетворённость собой и вызывают стремление скрыть их от окружающих. (Понятие введено К.Г.Юнгом).

КОМПЛЕКС НЕПОЛНОЦЕННОСТИ -

невротическое (болезненное) состояние, проявляющееся в осознании человеком недостаточности своего умственного уровня развития либо отсутствия у него каких-либо значимых для него способностей.

КОНСТИТУЦИЯ ЧЕЛОВЕКА

(от лат. сл. "конституцио" - устройство") - совокупность всех морфологических, физиологических и психических особенностей индивида на основе его генной структуры.

КОНФАБУЛЯЦИИ

(от лат. сл. "конфабуло"- "болтать") - ложные воспоминания, связанные с нарушением памяти.

КОНФЛИКТ -

столкновение противоположных и несовместимых взглядов на основе различных мотивов, интересов и потребностей.

КОНФОРМНОСТЬ

(от англ. сл. "конформ" - "приспосабливать") - сознательная приспособляемость, проявляющаяся лишь во внешнем согласии и

изменении поведения в соответствии с требованиями окружающих людей.

КОМА -

полное выключение сознания при сохранении только жизненно важных функций, таких как дыхание и сердечная деятельность. Рефлексы и чувство боли отсутствуют.

КОМФОРТ -

состояние удовлетворённости и спокойствия.

КРИЗ (от франц.сл. «криз») -

внезапно наступающий приступ заболевания.

КСЕНОФОБИЯ

(от греч. сл. «ксенос» - «чужой», «фобия» - «страх») - неприязнь к иностранцам.

ЛАБИЛЬНОСТЬ

(от лат. сл. "лабилис" - "неустойчивый") - неустойчивость любого явления; свойство нервной системы (присуще меланхоликам).

ЛАТЕНТНАЯ СТАДИЯ – скрытый бессимптомный период развития заболевания.

ЛИССОФОБИЯ -

страх перед угрозой развития психических заболеваний.

ЛОГОКЛОНИЯ -

многократное повторение отдельных слогов произносимого слова.

ЛОГОНЕВРОЗ -

расстройство речи в форме заикания.

ЛОГОФОБИЯ -

боязнь говорить перед аудиторией (классом).

МАЗОХИЗМ -

получение сексуального удовлетворения лишь при физических страданиях (избиении, укусах и т.п), причиняемых партнёром во время секса.

МАНИАКАЛЬНЫЙ СИМПТОМ -

повышенное настроение, необычайная весёлость, бодрость, речевое и сексуальное возбуждение, проявление излишней активности в непредсказуемой деятельности.

МАСКУЛИНИЗАЦИЯ

(от лат. сл. "маскулинос" - "мужской") - обретение качеств, присущих представителям мужского пола.

МАСТУРБАЦИЯ (ОНАНИЗМ) -

самоудовлетворение сексуальных потребностей.

МАРАЗМ -

глубокое слабоумие, связанное с распадом личности и нарушением общения с окружающими.

МЕДИТАЦИЯ (от лат. сл. «сосредоточение») - сосредоточенное размышление

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ -

область психологической науки, изучающая особенности проявления психики больного человека, организации контакта с ним с целью создания благоприятного психологического климата для его выздоровления.

МЕЛАНХОЛИК -

темперамент, проявляющийся в эмоциональной неустойчивости и ранимости, склонный к глубоким переживаниям, даже по поводу мелочей в виду слабого типа нервной системы (по теории И.П.Павлова).

МЕЛАНХОЛИЯ -

подавленное состояние грусти и уныния.

МЕНТИЗМ -

непроизвольно возникающий неуправляемый поток мыслей и воспоминаний - «вихрь идей».

МИЗОФОБИЯ -

боязнь заразиться через загрязненные предметы.

МУТИЗМ -

отказ от речевого общения с окружающими при сохранённой функции речи.

НАВЯЗЧИВЫЕ СОСТОЯНИЯ -

болезненное состояние психики человека, при котором помимо его воли возникают различные мысли, действия, не дающие ему покоя, от которых он не может избавиться без помощи врача.

НАРЦИССИЗМ (юноша-красавец Нарцисс из древнегреческой мифологии) - человек, любующийся своей красотой, т.е. самовлюблённый.

НАСТРОЕНИЕ -

устойчивое психическое состояние, которое возникает в результате удовлетворения или неудовлетворения каких-либо потребностей и создающее определенный эмоциональный фон переживаний (часто зависит от темперамента).

НЕГАТИВИЗМ -

(от лат. сл. "негацио" - "отрицание") - ничем не мотивированное поведение, намеренно противоположное требованиям и ожиданиям окружающих.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА -

диагностика мозговых нарушений психических функций при локальных повреждениях головного мозга. Определение топических очагов поражения.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ -

отрасль медицинской психологии, изучающая механизмы психических функций с позиций локализации их в коре больших полушарий и выявления отделов мозга, ответственных за их выполнение.

НЕКРОФИЛИЯ -

сексуальное влечение к мертвым.

НЕОЛОГИЗМЫ (криптография) -

употребление большим созданным им языка в качестве шифра.

НИМФОМАНИЯ -

повышенное сексуальное влечение у женщин.

НОЗОФОБИИ - боязнь заболеть.

НОРМОСОМАТОНОЗОГНОЗИЯ -

адекватная оценка больным своего состояния и понимание значимости активности в борьбе с болезнью.

ОБСЕССИИ -

навязчивые состояния.

ОКСИФОБИЯ -

боязнь острых предметов.

ОЛИГОФАЗИЯ -

обеднённая запас слов в общении.

ОЛИГОФРЕНИЯ -

врожденная умственная отсталость (слабоумие).

ОНЕЙРОИД -

глубокое помрачение сознания, характеризующееся дезориентировкой местонахождения, погружения в фантастические грёзы, о которых можно судить по выражению лица. В контакт с окружающими больной не входит. Состояние продолжается от нескольких дней – до нескольких недель. Воспоминания о переживаниях по выходе из онейроида достаточно полные.

ОНТОГЕНЕЗ -

развитие организма от рождения до смерти.

ПАРАЛОГИЯ -

форма негативизма, проявляющегося в ответах неадекватные на поставленные вопросы.

ПАРАКИНЕЗИЯ -

ненужные, бессмысленные движения, перебирание пальцами, поглаживание, сжимание, поколачивание.

ПАРАМНЕЗИЯ – ошибки памяти (конфабуляции, реминисценции, псевдореминисценции).

ПАРАФАЗИЯ -

замена букв или слогов в слове или слов в предложении.

ПАРЕЙДОЛИИ -

зрительные иллюзии фантастического содержания, выражающиеся в восприятии причудливых образов, возникающих, например, при рассматривании орнамента ковра. Они могут возникать при переутомлении и невротических расстройствах.

ПАРЕСТЕЗИИ -

специфические формы ощущений, выражающиеся в жжении, покалывании, стягивании и т.п.

ПАРОНОЯЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ

(от греч. сл. «параноя» - «безумие»). Больному присуща инертность нервных процессов, застойные очаги возбуждения, недоверчивость, подозрительность, замкнутость, навязчивые сверхценные идеи.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА -

изучение структуры нарушений познавательных процессов.

Диагностика особенностей личности, общения и адаптации к изменяющимся условиям.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ -

(от лат. слова "патос" - "страдание") - отрасль медицинской психологии, изучающая нарушения в сфере деятельности, вызванных болезненным состоянием индивида, его страданиями.

ПЕДОФИЛИЯ -

сексуальное влечение к детям.

ПЕРВЕРЗИИ -

половые извращения.

ПЕРСЕВЕРАЦИЯ -

застывание мышления на какой-то одной ассоциации.

ПИРОМАНИЯ -

неосознаваемое неумное стремление к поджогам.

ПЛАЦЕБО -

мнимая таблетка, которая оказывает действие благодаря словесному психологическому внушению.

ПОДСОЗНАТЕЛЬНОЕ -

совокупность интуитивных неосознаваемых психических процессов, оказывающих заметное влияние на поведение и деятельность

ПОРОГ ОЩУЩЕНИЙ -

минимальная величина раздражителя, вызывающая ощущение.

ПРИВЫКАНИЕ -

снижение остроты реагирования на внешние и внутренние раздражители.

ПРОФОРИЕНТАЦИЯ -

учёт уровня притязаний и определение актуальных потребностей в выборе сферы трудовой деятельности в соответствии с психическим состоянием, возможностями здоровья и особенностями организма.

ПСЕВДОРЕМИНИСЦЕНЦИЯ -

воспоминание снов и давних событий в жизни, которые представляются как реальные.

ПСЕВДОЯТРОГЕНИЯ -

неправильное понимание сути беседы с врачом.

ПСИХАСТЕНИЯ -

болезненное состояние психики, проявляющееся в нерешительности, боязливости, мнительности, повышенной впечатлительности или навязчивых мыслях и страхах.

ПСИХИАТРИЯ -

(от греч. слов "психе" - "душа" и "ятрия" - "лечение") - медицинская наука о способах лечения душевнобольных людей, т.е. психическими нарушениями, которые проявляются в особенностях мышления и взаимоотношениях с окружающими.

ПСИХИКА -

способность высокоорганизованной материи головного мозга обеспечивать целесообразность поведения и деятельности.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ -

достаточно стойкое психическое явление, повышающее или понижающее жизнедеятельность организма и вызывающее определенные ответные реакции.

ПСИХОАНАЛИЗ -

метод познания психики на основе анализа подсознательных идей, сновидений, а также ряда неосознанных стремлений, желаний и потребностей человека.

ПСИХОГЕНИИ -

психические расстройства, обусловленные психическими травмами, тяжелыми переживаниями.

ПСИХОГИГИЕНА -

отрасль медицинской психологии, объектом которой является изучение путей создания благоприятных условий для сохранения психического здоровья и предотвращения отрицательных стрессогенных факторов, возникающих в процессе деятельности.

ПСИХОГИМНАСТИКА -

специальные упражнения и этюды, направленные на коррекцию различных уровней психики пациента.

ПСИХОДИАГНОСТИКА -

отрасль психологии, ставящая своей целью выявить определить потенциальные способности личности, эмоциональную уравновешенность и уровень развития психических процессов и наметить (прогнозировать) пути необходимой психокоррекции.

ПСИХОЗ -

нарушение психической деятельности

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ -

ряд действий и операций психолога, направленных на коррекцию (исправление) отдельных нежелательных качеств и проявлений личности.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА -

способность оказывать сопротивление различным факторам внешней и внутренней среды путём регуляции взаимоотношений с окружающими либо использования специального комплекса упражнений, обеспечивающих стрессоустойчивость, выдержку, силу воли личности, приспособляемость в экстремальных и кризисных ситуациях.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ БАРЬЕР -

подсознательно закрепленное препятствие к выполнению определенной деятельности (например: "хочу, но "нельзя"; "надо", но "не хочу"), либо скованность в действиях, связанная с неуверенностью в себе либо страхом перед мнением окружающих.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ -

эмоциональный настрой членов группы или коллектива, благоприятно или неблагоприятно воздействующий на выполнение той или иной совместной деятельности.

ПСИХОПАТИЯ -

патологические нарушения, проявляющиеся в характере человека и повышенной возбудимости его нервной системы. Ведущими чертами характера психопатов являются: несдержанность, ревность, фанатичность, мнительность, малодушие. Часто наблюдается склонность к депрессиям, истерии, агрессивности, чрезмерной впечатлительности и быстрому уставанию.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА -

меры, направленные на сохранение психического здоровья и предупреждение возникновения нервно-психических заболеваний.

ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИЯ -

создание благоприятных условий для психической адаптации и скорейшего восстановления психических функций больного.

ПСИХОТЕРАПИЯ - (от греч. слов "психе" - «душа» и "терапия" - "лечу") -

оказание психологической помощи на основе методов стимуляции эмоционально-волевой сферы человека путем бесед, слушания музыки, наслаждения искусством и природой, результатами деятельности, а также методами словесного внушения, гипноза и тренингов с целью создания желаемой психологической установки, способствующей выходу из кризисных ситуаций, депрессий и других нежелательных эмоциональных состояний.

ПСИХОТЕХНИКА -

направление в психологии, разрабатывающее вопросы применения знаний о психике в решении практических задач, в основном, в самосовершенствовании человека и его профессиональной ориентации.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА -

исследование особенностей психической деятельности в эксперименте.

ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД -

этап полового созревания, характеризующийся эндокринной перестройкой организма и проявляющийся в стремлении подростков к самоутверждению.

РАЗДРАЖЕНИЕ -

состояние возбуждения нервной системы организма.

РАЗДРАЖИМОСТЬ -

изменение физиологического состояния организма под влиянием воздействий внешних раздражителей окружающей среды.

РАЗДРАЖИТЕЛЬ причина, вызывающая раздражение.

РАССЕЯННОСТЬ

нарушение способности сосредоточить внимание на каком-либо объекте или деятельности.

РЕАБИЛИТАЦИЯ -

восстановление нормальной жизнедеятельности.

РЕЗОНЕРСТВО -

бесплодные рассуждения, основанные на формальных аналогиях.

РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИЯ - выздоровление, т.е. восстановление нарушенных функций организма.

РЕЛАКСАЦИЯ -

расслабление

РЕМИССИЯ - (от лат. сл. «ремиссио» - «ослабление, уменьшение») временное ослабление болезни.

РЕМИНИСЦЕНЦИЯ - запоздалое воспоминание

РЕТАРДАЦИЯ - замедление (задержка) психического развития.

РЕФЛЕКС - ответная реакция нервной системы организма на определённый раздражитель.

РЕФЛЕКТОРНАЯ ДУГА - совокупность нервных образований, участвующих в отражении окружающего мира посредством рефлекса. Она состоит из трех звеньев: рецептор (афферентный нерв, воспринимающий раздражение), центральная часть анализатора (участок коры головного мозга, воспринимающий полученное раздражение) и эффектор (эфферентный нерв, мышца или железа), отвечающий реакцией на раздражение после её анализа в центральной части мозга.

РЕЦЕДИВ – повтор симптомов заболевания. Обычно наблюдается при хронизации патологического процесса.

РЕЦЕПТОРЫ - нервные окончания, преобразующие раздражения в нервное возбуждение.

РЕЦЕПЦИЯ восприятие информации посредством рецепторов (нервных окончаний), представленных в анализаторах (органах чувств).

САДИЗМ - достижение сексуального удовлетворения при жестокости и причинении страданий партнёру.

САМОВНУШЕНИЕ - психологический настрой самого себя на осуществление чего-либо (т.е. психологическая установка, нацеленная на себя самого).

САМОРЕГУЛЯЦИЯ - свойство живой материи, обеспечивающее ей возможность адаптации к изменяющимся условиям на основе имеющегося у организма определенного генетического кода.

САНГВИНИК - темперамент, характеризующийся активностью, энергичностью, самообладанием, хорошей работоспособностью, коммуникабельностью и лёгкостью приспособления к изменяющимся условиям окружающей среды.

СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ -

повышение чувствительности под влиянием действия каких-либо внутренних или внешних раздражителей.

СЕНЗИТИВНОСТЬ - чувствительность

СЕНСОПАТИИ - неприятные и тягостные висцеральные ощущения. Например: зуд, боль.

СИМУЛЯЦИЯ (от лат.сл. «симуларэ» - притворство) - введение в заблуждение относительно проявления тех или иных симптомов заболевания.

СКОПОФИЛИЯ (визионизм, вуайеризм) - стремление подглядывать за обнажёнными людьми и половым актом.

СНОВИДЕНИЯ - форма пассивного воображения, при котором часть отделов мозга заторможена, а отдельные участки её воспроизводят отрывочные впечатления, преобразованные воображением в качественно новые образы, связанные с чувствами и переживаниями человека.

СОЗНАНИЕ - высший уровень отражения действительности посредством мышления, присущий только человеку, обретаемый им в ходе общественно-исторического развития общества.

СОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ – то, которое связано с патологией внутренних органов.

СОМАТОДИАГНОСТИКА - исследование и оценка роли, места и значения различных психологических факторов возникновения, развития, лечения и профилактики заболеваний внутренних органов и систем организма.

СОМАТОГЕННОЕ заболевание, очаг которого возникает во внутренних органах человека.

СОМНАМБУЛИЗМ - снохождение, лунатизм, ночное блуждание.

СОМНОВАЛЕНТНОСТЬ - нарушение сознания, проявляющееся в сонливости, заторможенности при ответах на заданные вопросы, нарушении ориентировки, неточности и замедленности реакций.

СОПОР - переходное состояние от оглушения к коме. Больной бредит, ни на что не реагирует, ответная речь отсутствует. Реакции зрачков на свет, рефлексы ослаблены. Патологических рефлексов нет. На болевой раздражитель происходит отдергивание руки, гримасы боли; отмечается полная амнезия.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА -

изучение влияния микро и макро окружения на пациентов, а также определение роли социальной группы, межличностных отношений, социально-экономических и экологических факторов, ведущих к дезадаптации личности.

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ (старое название "дефектология")

- изучает отклонения в психическом развитии.

СТРАДАНИЕ -

мучительное переживание, связанное с отрицательным стойким эмоциональным впечатлением.

СТРЕСС -

состояние чрезмерного напряжения и физиологических изменений в организме под влиянием воздействия сильных раздражителей окружающей среды.

СТУПОР (от греч. сл. «ступор» – «оцепенение»)

- состояние резкой угнетённости, полной неподвижности, молчаливости.

СУБЛИМАЦИЯ -

вид психологической защиты, основанный на (замещении) переключении внимания человека с неудовлетворенных потребностей на другие, более доступные.

СУБЪЕКТИВИЗМ -

отношение к чему-то, определяемое личными взглядами, интересами и вкусами; (обычно с пристрастием, т.е. не объективно).

СУГГЕСТИЯ

см. - внушение, гипноз.

СУИЦИД - самоубийство.**СУМЕРЕЧНОЕ РАССТРОЙСТВО СОЗНАНИЯ**

характеризуется внезапным началом и окончанием, дезориентировкой в пространстве и отсутствием воспоминаний.

СУРДОПСИХОЛОГИЯ -

отрасль психологии, изучающая особенности психического развития глухих и слабослышащих людей.

ТАНАТОФОБИЯ - страх смерти.**ТАХИЛАЛИЯ -** многословная ускоренная речь.**ТИФЛОПСИХОЛОГИЯ** (от греч. слова "тифлос" - "слепой") -

отрасль психологической науки, изучающая особенности психики слепых людей.

ТОРМОЖЕНИЕ -

физиологический процесс, противоположный возбуждению, ведущий к замедлению или задержке проведения импульсов в нервных центрах.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ -

терпимость к отрицательным воздействиям внешней либо внутренней среды.

ТРАНС -

кратковременное расстройство сознания, при котором возможны немотивированные действия, бессвязная речь, ясновидение, отрешенность от окружающего мира, состояние экстаза.

ТРАНСВЕСТИЗМ -

страсть к переодеванию в одежду противоположного пола.

ТРЕВОЖНОСТЬ -

эмоциональное состояние, проявляющееся в необъяснимом страхе из-за неопределённости дальнейших событий и поведения окружающих.

УСЛОВНЫЙ РЕФЛЕКС -

образование временных связей в коре головного мозга в ответ на определённые раздражители окружающей среды.

УСТАНОВКА -

неосознанная психологическая готовность к восприятию, оценке и действиям по отношению к окружающим людям или к деятельности.

УТОМЛЕНИЕ -

снижение активности, реакций и чувствительности организма вследствие длительно выполняемой деятельности.

ФЕМИНИЗАЦИЯ -

(от лат. сл. "фемининус" - "женский") - обретение мужчинами специфических особенностей характера и поведения, в большинстве случаев присущих представителям женского пола.

ФЕТИШИЗМ -

возведение в культ каких-то предметов.

ФИЛОГЕНЕЗ -

(от греч. слов "филе" - "племя, род") - процесс возникновения и эволюционного развития живых организмов в ходе исторического совершенствования природы.

ФЛЕГМАТИК -

вид темперамента, характеризующийся замедленной скоростью протекания нервных процессов, маловыразительной мимикой.

ФОБИЯ - страх**ФОБОФОБИЯ -** боязнь испугаться.

ФРУСТРАЦИЯ (от лат. сл. "фрустрацио"- "обман", «тщетное ожидание») - разочарование из-за несбывшихся надежд (ожиданий).

ХОЛЕРИК

вид темперамента, характеризующийся безудержностью, вспыльчивостью, резкостью, стремительностью и непредсказуемым поведением в общении с окружающими.

ШИЗОИД - психопатический тип личности, характерными чертами которого являются замкнутость, скрытность, недоверчивость, упрямство, подозрительность, аутизм, чудачества, резонерство, что определяет трудности нахождения контакта с окружающими, выражающиеся в негативизме и гиперестезии.

ШИЗОФАЗИЯ -

бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильное предложение.

ЭЙДЕТИЗМ (от греч. сл. «образ») -

способность сохранять в памяти яркие образы предметов в течение долгого времени после их исчезновения.

ЭЙРЕТОФОБИЯ -

боязнь покраснеть.

ЭЙФОРИЯ (от греч. сл. «эй» - «хорошо переносить») -

приподнято-веселое настроение, вызванное болезнью, либо приемом наркотиков или алкоголя.

ЭКСГИБИЦИОНИЗМ -

влечение к неожиданному обнажению своих гениталий с целью вызвать испуг.

ЭКСТРАВЕРТ - общительный и активный человек.

ЭКСТАЗ (от греч. сл. «восхищение») -

состояние чрезмерного восторга.

ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ СИТУАЦИИ -

острые кризисы, с угрозой для жизни, в которых необходимо принимать незамедлительные решения.

ЭМАНСИПАЦИЯ - освобождение от зависимости и предрассудков; уравнивание в правах.

ЭМОЦИИ - психическое отражение окружающей действительности, выражаемое в форме переживаний, связанных с удовлетворенной или неудовлетворенной потребностью, сопровождаемое характерной ответной мимической реакцией.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ -

кратковременное проявление эмоций в ответ на какие-либо (внешние или внутренние) раздражители.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ -

достаточно продолжительные эмоциональные переживания, обычно связанные с деятельностью или взаимоотношениями с окружающими.

ЭМПАТИЯ (от греч. сл. "эмпатия" - «сопереживание») -

способность понимать эмоциональные состояния другого человека и сопереживать ему.

ЭНДОГЕННЫЙ - внутренний

ЭТИОЛОГИЯ (от греч. сл. «логос» и «этиа» - «учение о причинах») - раздел медицины, изучающий причины возникновения заболеваний.

ЭХОЛАЛИЯ - повторение услышанных слов и предложений.

ЭХОПРАКСИЯ - подражание, повторение увиденных действий.

ЯТРОГЕНИЯ -

реакция на неправильное толкование больным слов врача или прочитанной медицинской литературы, в результате чего состояние его ухудшается из-за повышенной мнительности.

СОДЕРЖАНИЕ

1.	Введение в медицинскую психологию	3
2.	Основные теоретико-методологические направления современной медицинской психологии	10
3.	Здоровье и болезнь	20
4.	Формы нарушения сознания	31
5.	Нарушения личностного развития	35
6.	Эмоционально-волевая сфера личности	54
7.	Нарушение познавательных процессов личности	69
8.	Нарушения психики при соматических заболеваниях	71
9.	Синдромы специфических расстройств	104
10.	Межличностные взаимоотношения с больными	111
11.	Основы психогигиены и психопрофилактики в процессе реабилитации пациента	120
12.	Проведение медико-психологической экспертизы	126
13.	Темы для СРС, подготовки докладов и рефератов	135
14.	Практические задачи	138
15.	Рекомендуемая дополнительная литература	143
16.	Приложение 1. Тест: «Закончи предложение»	147
17.	Приложение 2. Методика цветового теста М.Люшера	148
18.	Приложение 3. Схема проведения психологической экспертизы	149
19.	Приложение 4. Заключение экспертизы (образец)	152
20.	Приложение 5. Словарь основных терминов и понятий	154

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

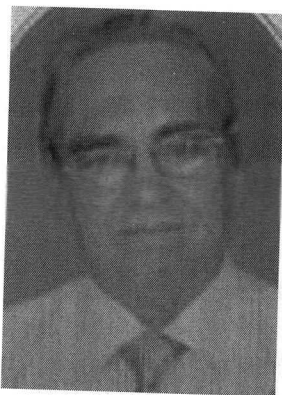
Учебное пособие

Автор: кандидат психологических наук, доцент
Владимир Владимирович Чистов

Отпечатано с оригинала заказчика

Подписано в печать 22.06.2020.
Формат 60x80/1/8. Усл. печ. стр. 11,25.
Тираж 500 экз. Заказ № 00179

ОО «Лантар Трейд»
Тел.: +7 702 251 02 17
e-mail lantar2018@mail.ru
г. Алматы, ул. Егизбаева, 7В, оф. 704.



**ЧИСТОВ ВЛАДИМИР
ВЛАДИМИРОВИЧ**

**канд. психологических наук, доцент,
врач-психотерапевт, практический
психолог, психоаналитик, фарабиевед.**

Автор многих учебных пособий по психологии, в т.ч. психологии спорта, истории психологии, психофизиологии, психологии здоровья и самосовершенствования личности.

Активный участник международных конференций (в Казахстане, Кыргызии, России, Украине, Белоруссии, Узбекистане, Таджикистане). Автор многочисленных публикаций (свыше 200) по практическим аспектам медицинской, педагогической и дифференциальной психологии, музыкотерапии, психологическим проблемам межличностных взаимоотношений в полиэтническом социуме и семье.

Удостоен **2-х медалей** и множества **благодарностей и почётных грамот** за учебно-воспитательную, педагогическую и научную деятельность.

Автор ряда монографий и учебных пособий, впервые изданных в Казахстане:

1. Самосовершенствование и самореализации личности - А., 2006
2. Психофизиология (учебное пособие) – А., 2005
3. Психофизиология в таблицах, схемах и упражнениях (уч. пособие).- А., 2005, 2020.
4. Психология (учебное пособие). – А., 2001 для пед.колледжей
5. Этика и психология. Учебник для учащихся средних школ.- А., 1997 (в соавт. с К.Б.Жарикбаевым) для общеобразовательных школ (переиздана в 2002,2003гг.).
6. Психология в пословицах и поговорках (на англ. и русск.языках). – А., 2005
7. Характер и межличностные отношения – А., 2001

Автор патентов интеллектуальной собственности на разработку программ:

1. Снятие нервных (стрессовых) перегрузок и лечения хронических заболеваний посредством музыкотерапевтического воздействия. 1998.
2. Интенсивный (скоростной) метод обучения разговорной речи на английском языке. 1996г.