

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
КАЗАХСКИЙ ГУМАНИТАРНО-ЮРИДИЧЕСКИЙ ИННОВАЦИОННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
«ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И
ДЕОНТОЛОГИИ»

Семей - 2019

УДК 614.253:159.9
ББК 88.48

Составители:

Татаурова Н.Л., Зарифова М.А., Рахимжанова Н.А., Оралова А.Ш.,
Сабекова К.Б., Мауэнова А.Е.

Рецензенты:

1. Акжалов Б.Т. – к.п.н., ст.преподаватель кафедры педагогики и психологии Казахского гуманитарно-юридического инновационного университета
2. Турсунгожинова Г.С. - к.псх.н., доцент кафедры психологии Государственного Университета имени Шакарима г. Семей

ISBN

Рекомендовано к изданию Учебно-методическим советом КАЗГЮИУ
(протокол № от .. 2019 г.)

Аннотация:

В настоящем учебно-методическом пособии показано историческое развитие психологии как науки, рассмотрены предмет, задачи и методы психологии, описаны познавательные психические процессы, индивидуально-психологические особенности личности, вопросы коммуникативного процесса в профессиональной деятельности социального и медицинского работника, так же отражена диагностическая работа с пациентами, особенности их консультирования. Данное учебно-методическое пособие является как теоретической, так и практической основой для изучения основ медицинской психологии и деонтологии у студентов практической психологии, социальных и медицинских работников.

Учебно-методическое пособие предназначается для студентов и преподавателей, изучающих медицинскую психологию. Полезно будет медицинским работникам среднего звена, социальным работникам, оказывающих медико-социальную помощь пациентам, медицинским психологам с целью диагностическо-коррекционной работы в медико-социальных учреждениях.

Содержание

Введение.....	4
1 Предмет, задачи психологии. Методы исследования психологии....	5
2 Сознание, самосознание	25
3 Познавательные психические процессы	31
4 Эмоциональные и волевые процессы	42
5 Психология личности. Свойства личности	45
6 Характеристика коммуникативного процесса в профессиональной деятельности работника социально-медицинского аспекта	49
7 Консультирование пациентов с психологическими особенностями и психическими нарушениями.....	74
8 Этические аспекты коммуникации работника социально- медицинской и психологической службы	112
Заключение.....	119
Список использованной литературы.....	120
Приложения.....	122

ВВЕДЕНИЕ

Основная цель данного учебно-методического пособия заключается в том, чтобы оказать теоретическую и практическую помощь студентам, психологам, социальным работникам, изучающим основы медицинской психологии и коммуникативные навыки. Потребность в клиничко-психологических знаниях у будущих специалистов медицинских, социальных работников крайне велика. Поскольку данные сотрудники работают с разной категорией пациентов, различными патологиями в их развитии. Предложенное учебно-методическое пособие позволит практически определить признаки психического состояния пациента, особенности его внимания, восприятия, памяти, мышления, интеллекта, структуры личности в целом, и с учетом этих данных уметь оказать им медицинскую психологическую помощь.

В работе рассматривается связь общей и медицинской психологии, что позволяет систематизировать и дополнить представление о системной взаимосвязи психологии и медицины. Фактическое содержание информации в пособии выходит за рамки учебной программы, что делает его более интересным, и возможным для использования педагогов, психологов, социальных и медицинских работников.

Наша задача, главным образом, состоит в ознакомлении специалистов с психологическими и личностными особенностями пациентов, с психическими проявлениями психологических нарушений у пациентов, способам их диагностики, тактике и стратегии проведения лечения и оказания медико-психологической помощи данной категории людей.

Определенное заболевание вызывает определенные изменения в психологии человека, которые необходимо знать психологу, социальному и медицинскому работнику, чтобы наметить правильную тактику беседы, поведения и лечения. С помощью данного учебно-методического пособия можно определить психологическую структуру и дифференцировать обнаруженные изменения психической деятельности пациентов.

В пособии представлены характеристика коммуникативного процесса в профессиональной деятельности медицинского работника.

Методическое пособие является практическим руководством для экспериментального исследования психической деятельности пациентов.

Социальные и медицинские работники не всегда учитывают личностные особенности больных и возможные невротические расстройства, что нередко усложняет взаимоотношения между ними. В психологических особенностях больного человека невозможно разобраться без знания основ медицинской психологии и коммуникативных навыков.

В настоящем учебно-методическом пособии изложены проблемы медицинской этики и деонтологии в их неразрывной взаимосвязи.

1. ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИИ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИИ

Каждая конкретная наука отличается от других наук особенностями своего предмета. Специфический круг явлений, которые изучает психология, выделяется достаточно отчетливо — это ощущения, восприятия, мысли, чувства, желания — все то, что составляет внутренний мир человека. Сам термин психология происходит от двух греческих слов «psyche» — душа, и «logia» — знание, понимание и означает учение о душе.

Соотношение сознания, мыслей, чувств, то есть всего того, что составляет внутренний мир человека, с одной стороны, и явлений материального мира, с другой — одна из труднейших проблем, когда-либо стоявших перед человеческой мыслью.

Вопрос о соотношении материи и сознания, материального мира и духовных феноменов является также основным вопросом философии. В зависимости от того, как он решается, все ученые делятся на два противоположных лагеря: идеализма и материализма.

Идеализм рассматривает сознание, психику как первичную, существующую независимо от материального мира, субстанцию. Развивая учение о душе, Платон считал, что душа первична, существует независимо от тела; душа — это идея, вечная, бессмертная. Природа, материя рассматриваются как вторичное, производное от духа, идей, сознания. В современных условиях идеализм редко предстает как открытое признание особой нематериальной сущности души. Чаще всего он представлен в виде *дуализма*, который берет свое начало от учения крупнейшего естествоиспытателя XVII в. Р. Декарта. Он ввел в психологию два понятия: рефлекса и сознания. Его дуализм заключается в том, что он противопоставил материю и дух, считая, что материальными, рефлекторными по своей сути являются только элементарные, психические акты, которые осуществляются машинообразно. Высшие психические проявления, дух, сознание существуют сами по себе, независимо от мозга. На почве дуализма в психологии XIX в. широкое распространение получила теория так называемого психофизического параллелизма, утверждающая, что психическое и физическое существуют параллельно, независимо друг от друга. С других позиций к сущности психических явлений подходит материализм. С точки зрения материализма психические явления являются результатом жизнедеятельности материи, мозга. Материя рассматривается как первичная основа, субстрат, носитель психики. Материалистические идеи берут свое начало от таких древнегреческих мыслителей, как Гераклит, для которого материальным началом всего был огонь; Демокрит с его учением о мельчайших атомах души. Но наиболее определенно материалистические тенденции в изучении психического развил Аристотель в своем трактате «О душе». Он признает единство души и тела, сама душа мыслится им как целое и не делимое на части. Ощущения и восприятия выступают как исходные

формы познавательной деятельности, на основе которых формируются более сложные формы психического. Он разработал учение о способностях души и гуморальную теорию темперамента, развивая, таким образом, материалистические представления о душе. В материалистической психологии первичность материи и вторичность сознания доказывается тем, что психика возникает только на определенных этапах развития материи, а именно на ее высших ступенях — так называемое филогенетическое доказательство. Доказательством того, что мозг является субстратом психической деятельности, являются нарушения ее при поражениях мозга. Это — патопсихологическое доказательство. И, наконец, онтогенетическое доказательство заключается в том, что постепенное созревание и развитие нервной системы в процессе возрастного развития создает необходимую основу для психического развития человека.

Таким образом, по своему субстрату психика — свойство высокоорганизованной материи. По своему содержанию психика является *отражением* объективной действительности. Отражение есть взаимодействие, при котором одни явления своими воздействиями представлены или отражены в других. Свойство отражения присуще всей материи. Каковы особенности психического отражения?

Во-первых, это отражение *идеально*, так как это образ предмета или понятие, а не сам предмет.

Во-вторых, психическое отражение — *субъективно*. Субъективность психического отражения можно рассматривать в двух планах.

1. Любое внешнее воздействие преломляется через внутренние условия. В психическом отражении такими внутренними условиями могут быть психические состояния, особенности нервной системы, личности, темперамента; прошлый опыт, возраст, пол человека и др. Рассмотрим пример такой опосредованности внешних воздействий свойствами нервной системы. Известно, что условия стресса, повышенной ответственности по разному действуют на людей в зависимости от силы нервной системы: у представителей слабого типа нервной системы снижается продуктивность деятельности, повышается количество ошибок, появляется растерянность, растет тревога. При сильной нервной системе, напротив, возникают повышение продуктивности и точности деятельности, собранность, подавление тревоги.

2. Другой смысл субъективности психического отражения заключается в принадлежности психического индивиду, его недоступности для постороннего наблюдения. По этому поводу известные американские психологи Д. Миллер, Ю. Галантер и К. Прибрам пишут следующее: «Восприятия, представления, мысли, чувства — все психические явления «трагически невидимы». Отсюда зародились идеалистические концепции принципиальной непознаваемости психического — *агностицизм* в психологии. Кант писал о том, что «попытка заглянуть в психическое — это попытка глаза увидеть самого себя или глупая попытка человека выглянуть в

окно, чтобы увидеть самого себя идущим по улице». На этой почве зародилась интроспективная психология, направление, рассматривающее в качестве единственно возможного метода изучения психической реальности метод самонаблюдения. Однако субъективность психического отражения не отрицает возможности объективного познания мира в целом и самих психических явлений. Критерием служит практическая деятельность человека, в ней проверяется истинность психического отражения. Познание и объективизация самих психических явлений достигается благодаря тому, что всякое психическое явление имеет внешние проявления. На это указывал еще И.М. Сеченов, говоря, что каждое психическое явление есть рефлекс, а внешним концом любого рефлекса является движение. Из этого исходят многие психодиагностические системы, в частности, системы миокинетической, речевой, экспрессивной психодиагностики и др.

Самому субъекту психический процесс открывает свойства объекта, оставляя совершенно скрытыми механизмы этого явления. Человек не видит своих восприятий, но ему открывается материальная картина мира. Действительно, когда на наш глаз падает свет от какого-нибудь предмета, мы ощущаем не то изменение, которое происходит в сетчатке глаза, а внешнюю причину ощущений — стоящий перед нами, то есть *вне нас предмет*. В этом заключается такое свойство психического отражения, как его *проекция*, вынесенность, несовпадение пространства объекта с пространством органа. Мы видим предмет в объективной точке пространства, там, где он находится, а не на сетчатке глаза, где строится его изображение.

Следующей особенностью психического отражения является то, что оно носит *опережающий* характер. У животных опережающее отражение проявляется в так называемом экстраполяционном рефлексе, когда животное ориентируется в своем поведении на ожидаемое перемещение объекта. Это предвосхищающее поведение у человека проявляется в построении планов и программ поведения, в прогнозировании результатов деятельности и событий.

И, наконец, важнейшей особенностью психического отражения является его *активность*, которая приобретает характер взаимодействия и выражается в адаптации к внешним условиям, а на высших уровнях в волевой регуляции и саморегуляции поведения.

Таким образом, *психика есть свойство высокоорганизованной материи, заключающееся в субъективном отражении объективного мира и выполняющее роль регулятора поведения и деятельности*.

Особенности психического отражения выясняют особенности предмета психологии, как науки, отличающие ее от других областей научного знания и определяют то место, которое занимает психология в системе современного научного знания.

Структура психологической науки и ее задачи. Современная психология находится в состоянии непрерывного и бурного развития, что характерно для молодой науки. В ее структуре появляются новые отрасли и

направления. В настоящее время их насчитывается более сорока. Таким образом, современная психология представляет собой разветвленную систему научных дисциплин. Центральное место в ней занимает общая психология. Общая психология представляет фундамент всего психологического знания, она изучает общие законы организации и функционирования психики, разрабатывает методологию и теорию психологии. Общая психология связана с другими отраслями психологии, так как, с одной стороны, все отрасли психологии в своем развитии опираются на общую теорию психологии, с другой стороны, знания и факты, добытые в прикладных областях, обогащают общую теорию психологии.

Если в основу классификации отраслей психологии положить *объект* изучения, то можно выделить следующие отрасли психологии.

Сравнительная психология изучает закономерности развития психики в филогенезе.

Возрастная психология изучает закономерности психического развития человека в онтогенезе, основные стадии его развития, критические и чувствительные периоды. В возрастной психологии выделяются: психология детства, психология подросткового периода, психология юности, психология взрослости (акмеология), психология старения и старости (геронтопсихология).

Дифференциальная психология исследует индивидуально-психологические различия между людьми. Это могут быть различия в темпераменте, характере, способностях, познавательных стилях, мотивации поведения и др. Основными задачами является выработка норм, стандартов в соответствии с возрастом, полом человека.

Педагогическая психология изучает психологические основы обучения и воспитания. Она тесно связана с возрастной и дифференциальной психологией, поскольку одной из важных ее задач является индивидуализация обучения в соответствии с возрастом и индивидуальными особенностями обучаемых. Важнейшей задачей педагогической психологии является формирование гармоничной личности на основе сочетания умственного, нравственного, эстетического, физического воспитания, формирования кругозора.

Инженерная психология разрабатывает принципы согласования технических устройств (машин, приборов и т. п.) с характеристиками психических процессов, функций и свойств человека, стремясь обеспечить максимальную надежность и эффективность систем контроля и управления и сократить затраты человеческого труда. Особенно остро вопрос встает, когда человеку приходится работать в условиях эмоционального напряжения, повышенной ответственности, дефицита времени или информации.

Психология труда изучает психологические основы и структуру трудовой деятельности, ее динамику и механизмы регуляции. Эта дисциплина исследует психологические факторы эффективности и качества труда. Психология труда выявляет профессионально важные качества

личности по отношению к разным профессиям, решает проблемы профессионального отбора и профессионального обучения.

Социальная психология изучает психологические механизмы воздействия социума (общностей) на поведение и сознание человека, исследует взаимодействие людей в группах, коллективах, позиции личности в них, проблемы лидерства и подчинения. Важными проблемами социальной психологии является исследование психологических механизмов формирования общественного мнения, проблемы массовых коммуникаций. В последние годы в русле социально-психологических исследований стали активно разрабатываться проблемы этических общностей, национальных традиций и стереотипов поведения.

Юридическая психология — отрасль психологии, изучающая взаимоотношения человека и права. Основные ее проблемы — исследование личности преступника, формирование мотивации преступления, психологические основы перевоспитания правонарушителей. В юридической психологии изучают также психологию жертвы, психологию свидетельских показаний, психологические аспекты следствия.

Клиническая психология — специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению. Работа клинического психолога направлена на повышение психологических ресурсов и адаптационных возможностей человека, гармонизацию психического развития, охрану здоровья, профилактику и преодоление недугов, психологическую реабилитацию. (Подробнее см. раздел «Клиническая психология»).

Конечно, в этом коротком введении невозможно охарактеризовать все отрасли психологической науки, тем более, что процесс дифференциации психологического знания продолжается и в последние годы появились такие области, как политическая психология, экономическая психология, организационная, психология менеджмента и т. п.

Основными тенденциями в развитии современной психологии являются: укрепление связей психологии с другими науками (биологическими, медицинскими, социальными, техническими); усиление практической направленности психологии, развитие ее прикладных отраслей, использование наряду с диагностическими широкого диапазона психокоррекционных, поддерживающих, терапевтических, развивающих методов и средств.

История психологической науки. Психология как наука имеет длительный период становления и относительно короткую историю. Еще в древней Греции возникли первые попытки объяснить психические явления. Эти представления рассматривали психику, душу как непременный атрибут природы: животные, явления природы имеют душу, которая выступает источником движения и развития. Душа существует независимо от физического тела и может оказывать влияние на судьбу человека, его

здоровье, успех. Этот взгляд на природу психики получил название анимизма (от лат. *anima* — душа, дух). Дальнейшее развитие представлений о природе психики связано с именами Демокрита и Платона. Демокрит явился родоначальником материалистических взглядов на психику. Считая, что душа состоит из атомов, он обосновал идеи причинности и отсутствие беспричинных явлений. Платон утверждал первичность идей и вторичность материального мира. Всякое познание есть воспоминание души, считал он. Платон является родоначальником философии идеализма. Античные ученые, философы, врачи высказывали мысли о связи психики и мозга, выдвигали идеи о зависимости психики от окружающей среды, об устойчивых индивидуальных признаках психики человека (учение о темпераменте).

Господствующая в средние века религия запрещала изучение человека. Несмотря на это, начиная с XV в., на развитие психологической мысли огромное влияние стала оказывать механика, достигшая в этот период своего расцвета. Одним из первых попытался применить законы механики к психике животных и человека Декарт. Он сравнил работу организма с техническими устройствами, автоматами, считая, что животное не обладает душой, а его поведение — лишь реакция на внешнее воздействие. Позднее в учении Ж. Ламетри идеи машинообразности поведения животных были распространены на человека. Р. Декарт ввел понятия рефлекса и сознания, но «разорвал» их. Он считал, что рефлекторными механизмами можно объяснить поведение животных и простейшие (машинообразные) акты человеческого поведения. Сознание он рассматривал как замкнутое в себе и доступное лишь для интроспекции (самонаблюдения) явление. Он противопоставил душу и тело: тело может только двигаться, душа — только мыслить. Это учение получило название дуализма.

Попытку преодолеть дуализм Р. Декарта и создать учение о человеке как целостном существе предпринял Спиноза. Он полагал, что у человека существуют три главные побудительные силы: влечение, радость, печаль, а из них выводится все многообразие эмоциональных состояний. Печаль уменьшает способность тела к действию, радость увеличивает ее. Идеи чувственных источников познания мира обосновал и развил Локк. Его учение получило название сенсуализма, так как он утверждал, что в разуме нет ничего, что не прошло бы через органы чувств. Психика новорожденного — это «чистая доска» (*tabula rasa*), на которой опыт пишет свое содержание. Главный механизм психической деятельности — ассоциации, то есть связи между отдельными представлениями и идеями. Учение об ассоциациях получило широкое распространение и разрабатывалось в психологии вплоть до начала XX в.

Французские философы и естествоиспытатели XVIII в. Д. Дидро, Гольбах, Гельвеций, Кондильяк впервые разработали идеи о социальной детерминации психики человека, идеи, которые являются важнейшим положением современной психологии.

В начале XIX в. стали складываться новые подходы к психике, возникли предпосылки для формирования психологии как науки. К числу таких предпосылок относится развитие анатомии и физиологии нервной системы. Усилиями чешского исследователя И. Прохазки, француза Ф. Мажанди и англичанина Ч. Белла были открыты сенсорные и моторные нервные пути и обрела реальные материалистические основания идея Декарта о рефлекторной дуге. Широкую популярность завоевала френология (от греч. *phren* — душа) австрийского анатома Ф. Галля. Он выдвинул идею о том, что способности заданы структурой мозга и по очертаниям черепа можно судить о развитии мозга и способностях человека. Все эти исследования привлекли внимание ученых к изучению мозга и его роли в психической деятельности. Появилось большое количество работ, посвященных изучению локализации функций в головном мозге (Г. Фриче и Э. Гитциг открыли центры движений и чувствительности, а П. Брока и К. Вернике — моторный и сенсорный центры речи).

В этот же период активно разрабатывалась физиология органов чувств (Й. Мюллер, Г. Гельмгольц). Большое значение имела концепция Дарвина, благодаря которой психическую жизнь стали рассматривать как результат процесса эволюции.

Важное значение имело изменение положения психиатрии и отношения к душевнобольным. До сих пор душевнобольной считался одержимым дьяволом и его не лечили, а применяли к нему методы воздействия, которые можно сравнить с инквизицией (больного окунали в ледяную воду, наносили сильные болевые раздражения, «усмиряли» при помощи специальных приспособлений). Идеи о том, что психическое расстройство есть болезнь и ее нужно лечить, послужили началом сравнительных исследований психики в норме и патологии.

Таким образом, во второй половине XIX в. знания, накопленные в биологии, физиологии, медицине, явились основой для создания научной психологии.

Основание научной психологии связано с проникновением в нее экспериментальных методов (до того времени в психологии господствующим был метод интроспекции). В тот период появились работы, посвященные экспериментальному исследованию чувствительности человека (М. Вебер и его книга «Об осязании»), в которых устанавливалось соотношение между силой внешнего стимула и величиной ощущения. Впоследствии Г. Фехнер дал математическую интерпретацию найденной М. Вебером закономерности, появились работы Гельмгольца по психофизиологии органов чувств.

Начало экспериментальной психологии относится к 1879 г., когда В. Вундтом была открыта первая лаборатория экспериментальной психологии в Лейпциге, в которой началось систематическое изучение ощущений, восприятия, скорости реакций, ассоциаций и чувств. Однако, применяя объективные методы исследования, Вундт подходил к их интерпретации с

идеалистических позиций. Основным источником знаний о психических реакциях испытуемых на внешний стимул был самоотчет человека о его переживаниях, то есть метод интроспекции по-прежнему оставался ведущим. Неоценимый вклад в разработку материалистических основ психологии внесли труды И.М. Сеченова. В 1863 г. вышла его работа «Рефлексы головного мозга», в которой он рассматривает рефлекс как основной механизм психических явлений: «Все психические явления по сути своей — есть рефлексы ...», преодолевая дуализм Декарта. Модель рефлекторной дуги он заменил моделью рефлекторного кольца, фактически разработав понятие и механизм обратной связи и заложив тем самым основы теории саморегуляции поведения.

Первой психологической лабораторией в России была лаборатория, основанная В. М. Бехтеревым в Казани. В. М. Бехтерев проделал колоссальную работу по созданию объективной психологии, положив в основу своей концепции учение о сочетательных рефлексах, заложил основы медицинской, возрастной, социальной психологии в России.

Конец XIX — начало XX вв. ознаменованы бурным ростом экспериментальной и различных отраслей прикладной психологии. В области экспериментальной психологии можно назвать исследования памяти, проведенные Г. Эббингаузом. Используя эксперимент и количественный анализ, он открыл собственно психологические закономерности.

С работ Ф. Гальтона началось изучение индивидуальных различий и разработка тестов. Первые тесты интеллекта были разработаны французским психологом Бине и заложили основы психодиагностики. Психология постепенно обретала свой предмет и объективные методы исследования в сочетании с количественным анализом результатов. На рубеже XX в. в психологии формируется целый ряд школ и направлений, которые отражали расхождение позиций в определении предмета и метода психологии. Остановимся кратко на некоторых из них.

Бихевиоризм. Это течение возникло в американской психологии под влиянием идей В.М. Бехтерева и И.П. Павлова и в противовес интроспективной психологии сознания. Программной работой явилась статья Д. Уотсона «Психология, какой ее видит бихевиорист», опубликованная в 1913 г. С точки зрения Уотсона психология должна изучать то, что доступно для объективного наблюдения, то есть поведение. Психологи этого направления сделали объектом научного изучения стимулы внешней среды и соответствующие им ответные реакции организма, главной формулой стала формула стимул — реакция. То, что происходит в психике человека, не имело для них научного содержания, поэтому они отвергали такие термины, как сознание, воля, восприятие — все это называлось «черным ящиком». Единственным началом, определяющим активность организма, признавали внешнюю среду, стимул извне. Основные опыты эти психологи проводили на животных, создавая хитроумные лабиринты и «проблемные ящики» и наблюдая за поведением в них подопытных крыс и кошек. Эти опыты

привели к открытию законов научения. Большой заслугой ученых этого направления явилась разработка научных моделей изучения психики, включение поведения в круг изучаемых психологией явлений.

Последователи бихевиористского направления попытались поставить под сомнение основной постулат этой концепции. Так, Р. Толмен ввел в формулу стимул — реакция среднее звено — промежуточные переменные, под которыми понимал: ожидания, установки, знания. Эти промежуточные переменные ориентируют животное в лабиринте. Свою теорию Р. Толмен назвал когнитивным бихевиоризмом. К. Халл ввел в формулу стимул — реакция потребность организма (пищевую, сексуальную и т. п.). Если эта потребность удовлетворяется, происходит подкрепление реакции и она закрепляется — организм обучается. Дальнейшую разработку концепция подкрепления получила в работах Скиннера, он создал технику «оперантных реакций», которая нашла применение впоследствии при обучении детей, лечении больных невротиками.

Гештальт-психология (от нем. Gestalt — образ, конфигурация) зародилась в Германии в начале XX в. Основу этого направления составили работы М. Вертгеймера, В. Кёлера, К. Коффки. Психологи этого направления критиковали бихевиоризм за исследование изолированных сегментов поведения. Поведение — нечто большее, чем связь рефлексов, оно целостно. Качество целостного образования (ситуации, сознания или образа восприятия) несводимо к сумме элементов, составляющих целое, и не может быть выведено из него. Напротив, целое определяет качественные особенности элементов. Ученые этой школы провели множество экспериментов по восприятию. В опытах на животных (курах) они показали, что животное реагирует не на стимул сам по себе, а на определенное соотношение стимулов, которое создает целостный образ — гештальт. Изучая интеллект обезьян, В. Кёлер показал, что животное решает задачу не путем проб и ошибок, а мгновенным схватыванием отношений между предметами в наглядной ситуации. Эта реакция мгновенного решения задачи была названа инсайтом, или озарением. Гештальт-психологи подчеркивали творческий характер мышления, они доказывали, что решение творческих задач подчиняется особым принципам организации гештальта, а не правилам формальной логики.

Психоанализ. Основоположителем этого направления психологии является З. Фрейд. Если в психологии Вундта предметом изучения являлось сознание, в психологии бихевиоризма — поведение, то в психоанализе предметом изучения стали глубинные слои активности личности — ее бессознательное. Психоаналитическая концепция родилась из медицинской практики Фрейда, который, как врач, видел, что его пациенты страдали, но при этом никаких изменений в нервной системе (морфологических) он не находил. Это заставило его предположить, что истинные причины болезни скрыты от сознания, но именно они управляют поведением пациента. Так родилась концепция трехчленной структуры психики, состоящей из

бессознательного, предсознательного и сознательного. Психика организована в личностную структуру: Ид (Оно) — Эго (Я) — Суперэго (Сверх Я). Ид (Оно) — бессознательное психическое, оно насыщено энергией влечений и инстинктов, в первую очередь — сексуальной. Фрейд рассматривал Ид в качестве посредника между соматическими и психическими процессами в организме. Эго — психика, связанная с внешним миром, управляет Ид, в соответствии с требованиями реальности. Суперэго — система ценностей, социальных норм и этики. Используя различные методики (психоаналитическая беседа, метод свободных ассоциаций и др.), врач стремится выяснить истинные причины заболевания, кроющиеся в бессознательном. Благодаря осознанию причин подавленных влечений и потаенных комплексов, удается избавиться от душевной травмы. Трактую развитие личности, психоаналитическая теория делает акценты на роли ранних детских переживаний в формировании взрослой личности и на том, что человек рождается с определенным количеством сексуальной энергии (либидо), которая затем проходит в своем развитии через ряд определенных стадий, от успешности прохождения которых зависит характер личности и ее адаптация к среде.

История мировой психологии включает множество концепций, которые невозможно изложить в рамках данного учебника, но именно выше рассмотренные концепции заложили основы реальной связи психологии с практикой обучения, лечения и труда.

Становление современной отечественной психологии связано с именами Сеченова, Бехтерева, Павлова, заложившими физиологические основы изучения психики. Всемирное признание получили работы Павлова, посвященные изучению условных рефлексов, механизмов высшей нервной деятельности. Многие вопросы, имеющие существенное значение для современной психологии, такие как теория темперамента, учение о взаимодействии полушарий и др., были впервые поставлены Павловым. Однако в целом для подхода Павлова был характерен физиологический редукционизм, который проявился в сведении психического к его физиологическим механизмам. Бехтерев, сформулировавший концепцию психологии как науки, исходил из принципиальных положений теории Сеченова. Основой его научной программы изучения психики явилось положение об объективности психологического исследования и разносторонности изучения психики. При этом Бехтерев исходил из сложной детерминации поведения личности условиями ее прошлой жизни, актуальными обстоятельствами и наследственностью. Следовательно, для изучения поведения и личности в целом необходим целостный подход с привлечением не только психологии, но и смежных наук. Под его руководством развернулись работы по изучению одаренности, интересов детей, особенностей трудновоспитуемых, профессиональных особенностей личности, работоспособности, влияния патогенных факторов на мозговую

деятельность и др. Фактически эти исследования носили комплексный науковедческий характер.

Большой вклад в развитие психологии внес Л.С. Выготский, разработавший культурно-историческую концепцию; он писал: «Для того, чтобы объяснить сложнейшие формы сознательной жизни человека, необходимо выйти за пределы организма, искать источники этой сознательной деятельности не в глубинах мозга, и не в глубинах духа, а во внешних условиях жизни, в социально-исторических формах существования человека». Особое внимание Л.С. Выготский уделял изучению высших психических функций, мышлению и речи, рассматривая слово, знак как психологическое орудие, посредством которого строится сознание. Разработка культурно-исторической концепции поставила вопрос о двойной детерминации психического: природной и социальной. Дальнейшее развитие эта концепция получила в работах Леонтьева об общественно-историческом развитии психики и концепции деятельности, а также в работах П.Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий, в которых механизмы интериоризации (то есть перевода внешних действий во внутренний план) рассматриваются в качестве основных механизмов формирования психического. Проблемы детерминации психического нашли свое разрешение в трудах Рубинштейна, который выступает не только как ученый, методолог, но и как один из организаторов Российской психологической науки. Систему своих идей Рубинштейн изложил в фундаментальном труде «Основы общей психологии». Он провел научный анализ деятельности, действий и операций в их отношениях к целям и мотивам. Им разработаны методологические принципы, составившие основу отечественной психологии, такие как принцип детерминизма, принцип единства сознания и деятельности. Б.Г. Ананьев продолжил разработку идей В.М. Бехтерева, под его руководством были всесторонне изучены почти все виды ощущений, восприятий и представлений, особенно зрение и осязание, он разрабатывал учение о сенсорной организации человека. Б.Г. Ананьев заложил теоретические основы и реализовал на практике комплексное изучение человека, им заложены основы возрастной психологии взрослых и проведены масштабные лонгитюдинальные исследования, в которых получены уникальные данные о развитии взрослого человека. Предметом психологии, с точки зрения Ананьева, является многоуровневая система организации психики, взятая в связях с разными сторонами природы человека — его структурой, развитием и деятельностью.

Классификация психических явлений. Среди многообразных проявлений психики выделяют психические процессы, психические состояния, психические свойства личности. Ковалев выдвинул гипотезу о том, что психическое развитие идет от динамического и неустойчивого ко все более устойчивому. Наиболее динамичными и исходными в психической жизни являются *процессы*. Сеченов рассматривает психический процесс как течение психического явления, имеющего определенное начало, динамику и конец.

Различают познавательные, эмоциональные, регуляторные психические процессы (рисунок 1). Главная функция познавательных процессов — отражение свойств внешнего мира и внутренних особенностей организма. Познавательные процессы информируют о свойствах и явлениях окружающего мира, являются источником разнообразных знаний и помогают открывать законы развития природы и общества. Познание имеет 2 ступени: образную и логическую. Образные познавательные процессы — ощущение, восприятие, представление. К процессам логического познания относится мышление.

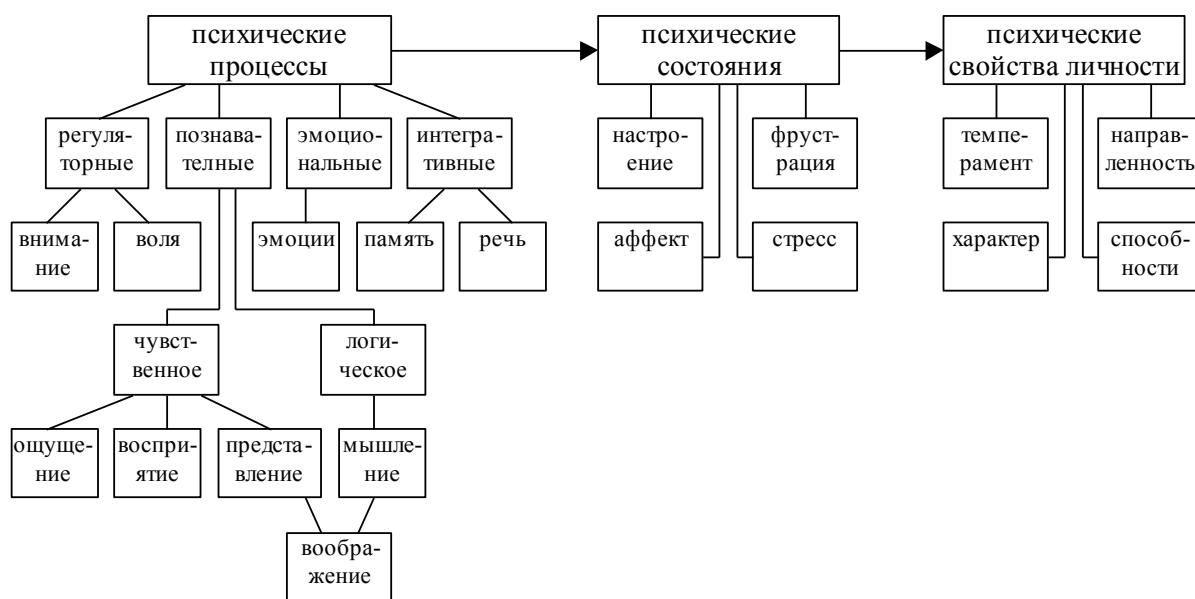


Рисунок 1. Классификация психических процессов, состояний и свойств.

В эмоциональных психических процессах отражаются отношения человека. Они окрашивают жизнь человека различными оттенками переживаний (положительных или отрицательных). Гамма человеческих эмоций многообразна, это, например, — счастье, радость, удивление, горе, страдание и т. д.

Основным назначением регуляторных процессов является регуляция поведения и деятельности человека, обеспечивающая избирательный и целенаправленный характер реакций. К регуляторным процессам относятся процессы внимания и воли.

Кроме этого, выделяются так называемые интегративные или сквозные психические процессы, которые участвуют в протекании всех психических процессов, к ним относятся: речь, которая выступает в качестве 2-й сигнальной системы и связывает чувственное и логическое познание и память, которая может быть образной, логической, эмоциональной. Кроме того, память связывает в сознании человека настоящее и прошлое, обеспечивая целостность личности.

Психические состояния — относительно устойчивые явления психической деятельности, характеризующие психику в целом. Их можно рассматривать как фон, на котором протекают психические процессы. Они

могут благоприятствовать или не благоприятствовать активной деятельности. Это состояния работоспособности, утомления, стресса, аффекта и др.

Психические свойства личности — это устойчивые образования, обеспечивающие определенный уровень поведения и деятельности, характерный для данного человека. К психическим свойствам относятся темперамент, характер, способности человека, направленность его личности (рис. 2).

Психические свойства	
Психические состояния	
Психические процессы	
Психофизиологические функции	Общая элементарная мотивация поведения

Рисунок 2. Структурная схема психических явлений

Помимо этого, в сложных феноменах психической деятельности выделяют три основных компонента: функциональный, операциональный и мотивационный. Соотношение этих трех компонентов претерпевает существенные изменения в процессе индивидуального развития. Функциональные механизмы связаны с определенными мозговыми структурами и являются эффектом их деятельности, они детерминированы онтогенетической эволюцией и природной организацией человека. К психофизиологическим функциям относятся сенсорные, моторные, логические, мнемические, вербальные. Тренировка психофизиологических функций в процессе деятельности, образование систем временных связей служит основой для развития операциональных механизмов, их образование опосредуется социальными, техническими и культурными компонентами деятельности. Операциональные механизмы не содержатся в самом мозге, они усваиваются индивидом в процессе его социализации и носят конкретно-исторический характер. Примером операциональных механизмов могут быть операции различения, опознания, идентификации в процессах восприятия; операции анализа, синтеза, обобщения, классификации и др. в мышлении.

Мотивационные механизмы включают все уровни мотивации от органических потребностей до ценностных ориентаций.

Функциональные и мотивационные механизмы выступают как базисные образования, пронизывающие все психические явления человека и оказывающие на них влияние.

Методы исследования психических явлений. Наука может успешно развиваться только в том случае, если она использует для накопления фактов научно обоснованные методы. Психология как наука реализует в исследованиях принципы научного познания, общие с другими науками,

такие как отражение объективной истины и проверка изучаемых закономерностей на практике.

Вместе с тем особенности методов обуславливаются особенностями объекта научного познания. В отличие от других естественных наук, психология имеет дело с таким развитым объектом, как психика вообще и человеческая психика, в частности. Особенности психических явлений в сравнении с физическими, химическими или биологическими, прежде всего, связаны с исключительно высокой *централизацией и интеграцией* структуры управления психикой, особенно у человека. Это означает, что в отличие от физико-химических процессов, которые имеют довольно устойчивые эмпирические зависимости, психические процессы самым непосредственным образом зависят *от высших уровней регуляции*: объективно заданных потребностей, мотивов, сознательного контроля и т. п. Психические явления поэтому предстают как очень вариативные, не обладающие внешней повторяемостью, устойчивостью.

Другая специфическая особенность психических явлений состоит в их *целостности*. Возможности их материального и чисто функционального разделения резко ограничены. В биологии, например, можно изучать отдельные клетки, изолированные органы, функциональные системы. В физике тоже существует множество материальных объектов или процессов, которые в значительной степени самостоятельны, стабильны по своим свойствам, что предоставляет большие возможности их искусственной изоляции и тщательного экспериментального изучения. В психике же не существует ни одного процесса, который был бы изолирован от других процессов и организации личности и деятельности в целом. Так, процессы памяти включают в себя мыслительные и эмоциональные компоненты, мышление включает в себя все психические процессы. Психолог не может, например, полностью исключить мотивацию, он может только видоизменить ее. В соответствии с перечисленными особенностями объекта принципы психологического исследования имеют свою специфику.

Рубинштейн выдвинул *принцип детерминизма* в качестве важнейшего принципа изучения психических явлений. Этот принцип формулируется следующим образом: психическое возникает как результат внешних воздействий, внешних условий, но эти внешние воздействия опосредуются, преломляются внутренними условиями, особенностями субъекта. В последние десятилетия подчеркивается *вероятностный* характер психической деятельности, в соответствии с этим важную черту современной методологии психологического исследования составляет единство детерминистического и вероятностного подходов. Психика человека развивается и формируется в процессе деятельности, поэтому одним из принципов изучения психического является *изучение психических явлений в процессе человеческой деятельности*. Другим важнейшим принципом является принцип, введенный в психологию Блонским и заключающийся в необходимости *изучения всех психических феноменов в*

развитии — филогенетическом и онтогенетическом, социально-историческом и индивидуальном.

Учитывая высокую степень интеграции, целостности психического весьма продуктивным является *антропологический принцип*, введенный Ананьевым. Суть антропологического принципа заключается в комплексном изучении человека с одновременным измерением большого числа разноуровневых характеристик (морфологических, физиологических, психологических, социальных) и диагностической ориентации психологического исследования.

Одной из главнейших особенностей современной психологии является применение системно-структурного подхода. Суть этого подхода заключается в том, что человек (индивид, личность, индивидуальность) рассматривается не как совокупность отдельных психических процессов, свойств, состояний, а как целостное образование, включающее в себя множество характеристик и элементов, объединенных определенными связями.

В психологии складывается система методов, охватывающих весь *цикл* научного исследования человека и включающая *организационные, эмпирические, количественно-качественного анализа научных данных, интерпретационные методы* (Б.Г. Ананьев).

Организационные методы (к ним относятся сравнительный, лонгитюдинальный, комплексный) действуют на протяжении всего исследования. Сравнительный метод видоизменяется в разных психологических дисциплинах и выступает как сравнение психических особенностей на разных ступенях эволюции (в зоопсихологии). Сравнительный метод, как общий метод организации исследования, широко применяется в общей психологии (сопоставление различных контингентов испытуемых); в социальной психологии (сопоставление различных типов малых групп, демографических, этнографических, социокультурных и других групп); в патопсихологии (сравнение больных со здоровыми, людей с дефектами — сенсорными, моторными, интеллектуальными, — с нормально видящими, слышащими и т. п.). В возрастной психологии сравнительный метод выступает в виде метода «возрастных» или «поперечных» срезов.

Метод поперечных срезов позволяет сравнивать психическое развитие индивидов разного возраста. Этот метод имеет значение при решении психодиагностических задач, задач установления возрастной нормы и возрастных синдромов. Недостатком метода поперечных срезов является уравнивание всех индивидов данного возраста и данной популяции, которые на самом деле не могут оказаться в одной и той же точке онтогенетической эволюции, так как совершают свое развитие с разной скоростью и различным путем.

Отличительным признаком *лонгитюдинального метода* является проведение исследований на одних и тех же испытуемых или группах испытуемых в ходе их онтогенетического развития, то есть в многократном,

регулярном и систематическом наблюдении и изучении. Лонгитюдинальный метод сложнее метода поперечных срезов, он более индивидуализирован и устраняет такой серьезный недостаток метода поперечных срезов, как уравнивание всех индивидов данного возраста. Достоинством лонгитюдинального метода является возможность прогноза психического развития.

Комплексный метод предполагает изучение основных компонентов целостной структуры человека в их взаимосвязях и изучение связей отдельных показателей с целостной организацией человеческой индивидуальности.

Эмпирические способы добывания научных данных составляют самую обширную группу методов. К этой группе относятся наблюдение и самонаблюдение (обсервационные методы), экспериментальные методы (лабораторный, полевой, естественный, формирующий или психолого-педагогический), психодиагностические методы (тесты — стандартизированные и проективные), анкеты, социометрия, интервью, беседы; анализ процессов и продуктов деятельности (хронометраж, циклография, профессиографическое описание, оценка изделий и выполненных работ, в том числе ученических), которые можно назвать праксиметрическими методами; моделирование (математическое, кибернетическое), биографические методы (анализ фактов, дат и событий жизненного пути, документов, свидетельств). Применение отдельных методов или их сочетание зависит от задач и объекта исследования, а также от того, каким организационным методом (сравнительным, лонгитюдинальным, комплексным) пользуется исследователь.

Наблюдение — целенаправленное изучение на основе восприятия действий и поступков человека в естественных для него условиях. Для того, чтобы наблюдение было объективным, оно должно отвечать ряду требований:

- 1) естественность условий;
- 2) незаметность наблюдения для людей, за которыми оно ведется (для этого используется скрытое наблюдение при помощи специальной техники или исследователь сам становится членом группы и включается в процесс ее деятельности — включенное наблюдение);
- 3) целенаправленность, то есть должны быть четко определены цели и задачи, психические проявления, которые подлежат наблюдению.

В соответствии с целями и задачами, наблюдение может быть сплошным (фиксируются все проявления психики) или выборочным (фиксируются только отдельные проявления, например, только эмоциональные). В наблюдении важное значение имеет фиксация результатов, она может осуществляться при помощи специальных записей — протоколов, стенограмм, но в настоящее время наибольшее значение имеет специальная аппаратура: теле-аудиозапись, киносъемка скрытой камерой и т. п. Наблюдение требует значительных затрат времени,

исследователь находится в пассивной позиции, он вынужден ждать, когда наступит интересующее его явление. На результаты наблюдения могут повлиять установки, интересы исследователя.

Учитывая эти недостатки, наблюдение используется, в первую очередь, в тех случаях, когда требуется минимальное вмешательство в естественное поведение, когда необходимо получить целостную картину. Часто оно используется на начальных этапах исследования, а затем дополняется другими методами исследования.

Самонаблюдение как реальный процесс всегда присутствует в психологическом исследовании и может выступать в виде самоотчета испытуемого о своих мыслях, ходе решения задачи, переживаниях и т. п. Особое значение имеет самонаблюдение при изучении динамики сознания, при описании самочувствия в тех или иных состояниях деятельности, динамики представлений и переживаний, мотивов поведения. Большое значение имеют приемы и данные опосредованного самонаблюдения, представленные в виде дневников, автобиографических материалов, переписки. В медицинской практике всегда используется материал субъективного анамнеза, сопоставляемого с данными клинического и лабораторного исследования (объективного анамнеза). Необходимо отметить, что сама возможность самонаблюдения и его адекватность зависят от уровня самоанализа, являющегося показателем психического развития человека.

Экспериментальные методы являются ведущими в психологии, как и в любой науке, так как в эксперименте исследователь сам вызывает интересующее его явление и может активно воздействовать на него; может варьировать условия и выявлять на этой основе причины психических явлений. В эксперименте имеется возможность неоднократно повторять и воспроизводить условия и результаты, что позволяет накапливать количественные данные и делать выводы о типичности, закономерности или случайности изучаемых явлений. Основная задача эксперимента в психологии заключается в том, чтобы сделать доступными для наблюдения и изучения существенные особенности внутренних психических явлений.

Первой формой экспериментального метода в психологии явился лабораторный эксперимент. Классическими видами лабораторного эксперимента являются методы сенсомоторных реакций (простой двигательной, реакции выбора), психофизические методы (определение порогов и динамики чувствительности). В экспериментальной психологии накоплено большое количество психометрических методов исследования мнемических, перцептивных, аттенционных и других процессов.

Достоинством экспериментального метода является возможность управления экспериментом. При аппаратном эксперименте используется оборудование, позволяющее строго фиксировать особенности внешних воздействий и соответствующие ответы испытуемых. Кроме того, возможно применение аппаратуры, регистрирующей психические, вегетативные и

другие физиологические проявления (ЭЭГ, ЭКГ и пр.). К числу недостатков экспериментального метода можно отнести непривычные для человека, неестественные условия, что изменяет характер протекания психических процессов, может влиять на психическое состояние, вызывая тревогу, страх.

В *естественном эксперименте*, в отличие от лабораторного, сохраняется содержание обычной деятельности человека, но создаются условия, при которых обязательно вызывается изучаемое явление. Естественный эксперимент был впервые разработан Лазурским и применен для изучения личности школьника.

Благодаря электронной микроминиатюрной технике, возникла возможность выхода экспериментально-психологических исследований за пределы лаборатории. Экспериментально-психологический метод, использующий портативную аппаратуру, сокращенные циклы экспериментальных процедур и проведение исследования в естественных условиях, получил название *полевого эксперимента*.

Лабораторный и естественный эксперимент могут быть констатирующими и формирующими. Формирующий эксперимент предполагает активное вмешательство исследователя в изучаемое явление, проектирование, моделирование и формирование психических процессов, состояний и свойств личности. В настоящее время формирующий эксперимент чаще всего выступает как психолого-педагогический, как метод экспериментального развивающего обучения и воспитания детей.

Психодиагностические методы направлены на выявление различий между людьми или группами, объединенными по какому-либо принципу: возрасту, полу, образованию, психофизиологическим особенностям, состояниям и др. Результатом использования психодиагностических методов является постановка психологического диагноза. Одним из самых распространенных психодиагностических методов являются тесты. *Тест* — это проба или короткое испытание. Главным требованием к тесту является стандартизация условий предъявления (поэтому в каждом тесте всегда существует инструкция для пользователя и инструкция для испытуемого), стандартизация тестового материала (это могут быть вопросы, задачи, рисунки и пр.), стандартизация обработки результатов (при обработке используются специально разработанные для каждого теста системы оценок и шкальных показателей). Обязательным признаком стандартизованного теста является наличие системы нормативных показателей, что позволяет сравнивать индивидуальные результаты с нормативными и определять место каждого испытуемого в ряду нормированных показателей (в популяции). Стандартизация предъявления и обработки результатов обеспечивает независимость результатов тестирования от экспериментальной ситуации и от личности исследователя, позволяет сравнивать результаты, полученные разными исследователями, в конечном счете, способствует объективности, достоверности психологического диагноза. Среди стандартизованных тестов имеются тесты успешности, психомоторные тесты, психовегетативные,

тесты нейродинамических свойств, тесты интеллекта, тесты профпригодности, стандартизованные вопросники.

Для психодиагностики свойств личности, ее характерологических черт, мотивов деятельности, чаще всего применяют *проективные тесты*. Характерным признаком проективных тестов является неопределенность стимульного материала (это могут быть пятна различной конфигурации, картинки с неопределенным содержанием, неоконченные предложения или неоконченный рассказ). Эти тесты измеряют не отдельные функции, а модус личности. В реакциях на неопределенность стимульного материала проецируются (проявляются) внутренние, часто неосознаваемые личностью, побуждения, проблемы, скрытые мотивы. Работа с проективными тестами требует очень высокой квалификации исследователя как при проведении исследования, так и при интерпретации полученных данных. При использовании тестов необходимо учитывать предшествующие условия жизни и развития испытуемого, уровень образования, степень заинтересованности и мотивации для решения тестовых заданий.

Беседа — метод сбора данных о психических явлениях в процессе личного общения по специально составленной программе. Беседа представляет собой дополнительную к экспериментальным методам методику. В социальной психологии беседа выступает в качестве самостоятельного метода интервью со своей специальной техникой сбора информации, принципами градуирования ответов и шкалой оценок.

Анкетирование — заочный опрос, к нему прибегают в случае, если нужно опросить большое число людей в короткий срок. Анкетирование может носить анонимный характер в случае, если оно касается интимных или остро дискуссионных вопросов.

Изучение продуктов деятельности — сбор и анализ результатов деятельности человека: трудовой (изготовленные детали, проекты, картины); учебной (сочинение, учебные задачи, рефераты); игровой (различные постройки, поделки). Используется также хронометраж рабочих или спортивных движений, циклографический анализ трудовых действий.

Биографический метод — сбор и анализ данных о жизненном пути человека. В биографическом методе можно выделить 3 аспекта: биолого-биографический, заключающийся в изучении объективных условий жизни, событий среды и поведения человека в этой среде; историю переживаний, эволюцию внутреннего мира человека; историю творчества человека.

Особую группу методов составляют *приемы обработки данных*: количественный, то есть математико-статистический, и качественный, то есть индивидуально-типологический анализ.

Вопросы для самоконтроля:

1. Предмет, задачи психологии. Методы исследования психических явлений.
2. Наблюдение. Беседа.
3. Экспериментальные методы исследований.
4. Междисциплинарные связи психологии.

2. СОЗНАНИЕ. САМОСОЗНАНИЕ

Интеллектуальное поведение человекообразных представляет собой ту верхнюю границу развития психики животных, за которой начинается история развития человеческого сознания.

С точки зрения современной науки и ее основных методов, происхождение сознания можно понять только как гигантский качественный скачок, качественное преобразование процесса отражения. Сознание возникло благодаря качественно новому способу деятельности — труду. Возникновение и развитие труда привело к дальнейшему развитию мозга и органов чувств. Мозг человека по объему в 3 раза превосходит мозг антропоидов. Отношение веса мозга к весу тела у человека 1:35, в то время, как у антропоидов 1:200, увеличивается количество нейронов от 3-5 млрд. у антропоидов до 15-17 млрд. у человека. Усложняется строение мозга, появляются центры речи, усиливается кортикализация функций.

Чем отличается сознательная деятельность человека? Первое отличие заключается в том, что деятельность животных может осуществляться только по отношению к предмету жизненной, биологической потребности. Сознательная деятельность человека не всегда и не обязательно связана с биологическими мотивами, а зачастую даже противоречит им. У человека то, на что направлена деятельность, не совпадает с тем, что ее побуждает. Это проявляется в изготовлении орудий труда, в разделении функций (например, загонщика и охотника) в процессе трудовой деятельности.

Вторая особенность сознания заключается в том, что человек обладает иными формами отражения действительности, не только наглядным, чувственным, а отвлеченным, рациональным опытом, абстрактным мышлением. Обезьяна, по выражению В. Келлера, является рабом зрительного поля, то есть ее отражение ограничено наглядной ситуацией, она отражает непосредственно данные, внешние связи и отношения между предметами. Сознание же человека отражает существенные, устойчивые, закономерные связи между предметами и явлениями окружающего мира, выходит за пределы чувственного опыта.

Решающим фактором развития сознания является возникновение языка. *Язык человека* представляет сложную систему кодов, обозначающих предметы, признаки, действия или отношения, которые несут функцию кодирования, передачи информации и введения ее в различные системы.

Основной единицей языка является *понятие*. Именно в понятии отражены и закреплены существенные и устойчивые признаки того предмета, который оно обозначает. Возникновение языка и речи создает условия и возможности для усвоения не только своего индивидуального опыта, но и опыта других поколений — общественно-исторического опыта, что составляет третью важнейшую особенность сознания.

Таким образом, сознание — это высший уровень отражения действительности общественно-развитым человеком.

Структура сознания. В силу сложности феномена сознания каждая из изучающих его наук вносит определенную специфику в определение сознания.

В ряде областей знания существует специфический профессиональный подход. Так, например, в юриспруденции под сознанием понимают способность субъекта к логически обоснованному и адекватно мотивированному замыслу. В медицине рассматривают сознание, исходя из того, что оно может усиливаться и ослабляться, полностью исчезать при обмороке. Говорят об узости и широте сознания, его устойчивости и неустойчивости, ясности, тусклости, мерцании. Когда врач говорит, что сознание больного ясное, он имеет в виду, прежде всего, нормальную ориентировку человека в окружающем: в месте, времени, а также в своей личности.

Психология рассматривает сознание как специфический феномен духовной жизни человека, характеризующийся целым рядом признаков. Во-первых, сознание есть осознание окружающего мира, это определенная система знаний, исторически сложившихся, непрерывно пополняемых, преломленных через призму личного опыта.

Осознать объект — это значит включить его в систему своих знаний, отнести его к определенному классу предметов, обозначить словом, вербализовать. При этом достоянием сознания могут быть как достоверные, так и недостоверные знания: догадки, вымыслы и пр. В сознании представлено единство чувственного и логического отражения.

Вторым важным признаком и функцией сознания является *отношение* человека к миру, преломленное через систему потребностей. По поводу этой функции сознания Мясищев писал: «Психика и сознание, как высшая степень психики, представляют единство отражения человеком действительности и его отношения к этой действительности. В каждом акте психической деятельности мы имеем элементы того и другого». Отношение предполагает оценку и переживание этой оценки. Целеполагающая функция сознания — третья важнейшая характеристика — заключается в том, что в функции сознания входит формирование целей деятельности, построение планов и программ деятельности. Еще не начав действовать, человек имеет представление о результатах своей будущей деятельности — «модель потребного будущего» по выражению Бернштейна или «акцептор действия»

по терминологии Анохина. Эта идеальная модель выполняет функцию регуляции деятельности.

Человеческое сознание способно отражать не только внешний мир, но и внутренний мир самого человека. Поэтому четвертой функцией сознания является самоотражение или рефлексия. Благодаря самосознанию человек осознает себя как индивидуальную реальность, отдельную от природы и других людей. *Самосознание* — это знание своего физического облика, состояния, внутреннего духовного мира, своих возможностей.

Сознание есть высший уровень психического отражения и саморегуляции, присущий только человеку. Сознание формируется в условиях предметно-практической деятельности и общения и представляет собой идеальную модель окружающего мира, других людей и самого себя.

Сознание и неосознаваемое психическое. Соотнесение понятий сознание и психика показывает, что психика более широкое понятие, чем сознание, поскольку психические явления могут носить как актуальный, так и потенциальный характер. Например, хранящиеся в памяти знания, не участвующие в процессах настоящего, не являются актуально сознательными. Даже у вполне развитого человека основной запас опыта хранится за пределами непосредственного контроля сознания. Человек испытывает все физиологически доступные воздействия, но не все они становятся фактом сознания. Психика является достоянием всех видов животных, сознание же присуще только человеку, да и то не во всяком состоянии. Сознание отсутствует у новорожденных, у некоторых категорий душевно больных, у человека в состоянии сна. Таким образом, в психической сфере человека помимо сознания существует огромная сфера неосознаваемого психического.

В науке до сих пор нет окончательного определения бессознательного. Одни авторы определяют бессознательное как психические процессы, которые осуществляются без контроля сознания, произвольно. Другие считают бессознательное основным регулятором внутренних функций и поведения в целом. Третьи рассматривают бессознательное как патологическое состояние психики.

Все теории бессознательного можно условно разделить на 2 группы. Первая исходит из признания бессознательного как определенной степени интенсивности сознания, основываясь на непрерывности психической жизни (Г. Лейбниц, И.М. Сеченов, Д.Н. Узнадзе). Другая группа теорий рассматривает бессознательное, как нечто отличное от сознания, как самостоятельный источник активности психики (Г. Гартман, А. Шопенгауэр, З. Фрейд).

Идеи бессознательного как определенной динамики человеческой психики давно существуют в философии и психологии. Одним из первых эту идею сформулировал немецкий философ Г. Лейбниц. На основе теории дифференциальных исчислений, которую он создал параллельно с Ньютоном, он открыл, что в психической жизни существуют бесконечно

малые величины, которые только путем усложнения превращаются в явления сознания. В своем философском труде «Новые опыты о человеческом разуме» он заложил основы теории сознания. Большой вклад в изучение бессознательного внес французский психолог и клиницист Жане, собравший большое количество клинических и экспериментальных фактов, которые показывали возможность раздвоения личности. На основе этого он делает вывод о том, что психические функции не связаны только с сознанием, некоторые явления могут не осознаваться. К такому же выводу приходит и Сеченов. В своей работе «Рефлексы головного мозга» он критикует точку зрения, согласно которой психика только сознательна, и ясно показывает, что, если по своим механизмам психическая деятельность представляет работу головного мозга, надо считаться с тем, что процессы рефлекторной деятельности как деятельности отражательной есть переход от анализа к синтезу, процесс постепенного образования ассоциаций. Когда маленький ребенок еще только накапливает опыт, его сознание кратковременно, а психические функции прерывны. Прослеживая процесс постепенного усложнения мозга ребенка, Сеченов считает, что одним из доказательств того, что психическая деятельность является сознательной только в своих высших проявлениях, является *онтогенетическое* доказательство. Второе доказательство исходит из исследования каждого отдельного рефлекторного акта, в котором сознание является конечным продуктом. Процесс становится сознательным, а не является таковым с самого начала.

С позиций целостности психики и единства человеческой личности к проблеме бессознательной жизни подходил Д.Н. Узнадзе. Он долгое время занимался исследованием установки и выявил, что в психической деятельности человека имеется две стороны: актуальная и потенциальная. Одна сторона — это реальное, актуальное действие, акт. Другая — потенциальное, скрытое состояние готовности к действию, которое не осознается, но влияет на характер психического процесса, ни одна деятельность не начинается с пустого места. Эту потенциальную готовность к деятельности, которая содержит предпосылки, определяющие характер и направление деятельности, Д.Н. Узнадзе назвал *установкой*. Он выявил феномен установки в гипнотическом и постгипнотическом состояниях, на взрослых и детях и пришел к выводу, что установка не является актом сознания. Следовательно, считал он, незачем употреблять термин бессознательное, когда есть установка. Однако установка не исчерпывает всех видов неосознаваемой психической деятельности.

Вторая группа концепций в трактовке бессознательного психического берет свое начало от работ французской социологической школы, в частности, одного из ее представителей Э. Дюркгейма. В своих работах «Правила социологического метода», «Индивидуальные и коллективные представления» Э. Дюркгейм пытается объяснить двойственность сознания человека. С его точки зрения общество — это только среда, то есть

совокупность внешних условий, к которым человек должен приспособиться, чтобы выжить. Общество чуждо человеку, его истинной природе. В человеке образуются как бы 2 инстанции: 1-й слой — социальный, внешний, наружный — сознательное; 2-й — биологическая сущность, инстинкты, влечения — бессознательное, которое представляет ядро психики. Поскольку, с точки зрения Дюркгейма, происходит постоянная борьба между человеком и обществом, сознание и бессознательное психическое находятся в состоянии конфликта. Фактически эту идею развивает в концепции психоанализа Фрейд. Его концепция психоанализа представляет собой сплав социологических идей и клинического опыта. Причины болезни Фрейд видит в конфликте между социальной средой и биологическим началом в человеке. Фрейд разрабатывает учение о трехуровневой организации психики. Нижний уровень представляет собой *бессознательное* психическое, этот уровень включает в себя биологические инстинкты, желания, чувства, аффекты, влечения, главным из которых является либидо — половое влечение. Эта сфера насыщена энергией, но закрыта от сознания в силу социальных запретов, установок, накладываемых обществом. 2-й уровень — *предсознание* — уровень волевой регуляции поведения в реальных условиях жизни. 3-й уровень — высший — *сознание* — уровень разума, мышления, отражает те требования и запреты, которые накладываются обществом на поведение человека. Поскольку требования, предъявляемые к личности со стороны этих трех уровней, несовместимы, личность постоянно пребывает в ситуации конфликта, от которого она спасается с помощью специальных защитных механизмов. Многие положения и методы, разработанные в русле психоаналитической концепции, широко используются в современной клинической психологии и психотерапии.

Современные представления о феноменологии бессознательного психического позволяют говорить о том, что сознание и бессознательное работают в режиме гармоничного единства. При этом зона максимально ясного сознания невелика. Бессознательное можно определить как совокупность психических явлений, состояний и действий, не представленных в сознании человека, безотчетных и не поддающихся контролю.

В структуру бессознательного психического входит широкий круг явлений.

— *Субсенсорные* (то есть подпороговые) ощущения и восприятия.

— *Интероцептивные* ощущения, которые не осознаются в норме, когда человек здоров и начинают осознаваться только при нарушениях состояния здоровья.

— *Автоматизмы* и навыки, которые вырабатываются в течение жизни (например, автоматизм речи, ходьбы, навык письма, рабочие навыки). Сознательная деятельность может выполняться лишь тогда, когда

большинство ее элементов автоматизировано. Мы можем следить за смыслом речи и письма, только если их механизм автоматизирован.

— *Импульсивные действия* — действия, совершаемые безотчетно, без контроля сознания. Часто такие действия человек совершает в состоянии аффекта.

— *Информация, которая накапливается в течение всей жизни и хранится в памяти.* Из всей суммы имеющихся знаний в каждый момент в фокусе сознания находится только небольшая ее доля. Формы бессознательной переработки информации, в частности, *интуиция*.

— *Установка* как целостное состояние человека, выражающее динамическую направленность личности на активность в каком-либо виде деятельности, устойчивую ориентацию по отношению к определенным объектам.

— *Психические явления, возникающие во сне.* Сон — это не состояние отдыха мозга, а его деятельностное состояние. «Необходимость отвлечения от сигналов внешнего мира (именно это и составляет сущность сна) связана с особенностями организации переработки информации, с заполнением информационной емкости кратковременной памяти, с необходимостью рассортировки информации в долговременную память, в текущую программу деятельности, для уничтожения ненужного» (Вейн). То есть сон, как активное состояние мозга, характеризуется психической деятельностью, которая не осознается человеком.

Таким образом, сфера бессознательного психического велика и ее нельзя считать низшим уровнем психики, так как это специфически человеческое явление, детерминированное общественными условиями, неразрывно связанное с сознанием.

Вопросы для самоконтроля:

1. Происхождение и развитие психики и сознания человека.
2. Основные свойства, общие закономерности психики.
3. Этапы, стадии формирования, развития психики.
4. Сознание как высшая ступень развития психики.
5. Соотношение осознаваемых и неосознаваемых процессов в регуляции деятельности.

3. ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ

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

Ощущения имеют огромное значение в жизнедеятельности человека, так как, во-первых, они обеспечивают связь с внешним миром, являются постоянным источником знаний об окружающей среде. Во-вторых, ощущения связаны с внутренней средой организма, благодаря интерорецепции обеспечивается поддержание нормального состояния организма. И, наконец, ощущения связаны с потребностями организма и благодаря этому выполняют регулирующую функцию. Показано, например, что уровень чувствительности (вкусовой и обонятельной) существенно изменяется в зависимости от уровня пищевой потребности и регулирует пищевое поведение человека и животных. Ограничение притока сенсорных стимулов вызывает состояние сенсорной депривации. Сенсорная депривация, которую испытывают младенцы, помещенные в дома ребенка, или долгое время находящиеся в больнице, где приток сенсорных стимулов, их разнообразие существенно снижены, ведет к развитию «синдрома госпитализма», который проявляется в задержке психического развития ребенка, нарушении его эмоционального развития и снижении темпов интеллектуального развития. В то же время, ранняя сенсорная стимуляция оптимизирует и ускоряет психическое развитие. Влияние сенсорной депривации на взрослых людей было изучено и описано в связи с подготовкой космических полетов. Так, О. Кузнецов и В. Лебедев приводят данные о том, что в условиях длительной сенсорной изоляции (например, в барокамерах) у кандидатов в космонавты возникали обманы чувств, эмоциональные нарушения, изменения сознания и другие эффекты. Таким образом, адекватная ориентация человека в окружающей среде и в самом себе требует определенного набора ощущений.

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

значение имеет обратная связь. Для того, чтобы охарактеризовать любое ощущение, необходимо выделить его основные свойства. К ним относятся: модальность и качество, интенсивность, временная и пространственная характеристики. Охарактеризуем кратко выделенные свойства.

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

Таблица 1- Соотношение модальности и качества ощущений

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

Интенсивность ощущений зависит от силы действующего раздражителя, от функционального состояния анализатора, а также от индивидуальных особенностей человека. Основной характеристикой анализатора является его чувствительность. Она определяется двумя величинами. Первая из них — это тот отрезок континуума стимулов, воздействие которых вызывает ощущение данной модальности. Для того, чтобы возникло ощущение, интенсивность раздражителя должна достигнуть определенной величины. В дальнейшем, с увеличением интенсивности

раздражителя, наступает момент, когда анализатор перестает работать адекватно. Всякое воздействие, превышающее определенный предел, вызывает болевое ощущение и нарушает деятельность анализатора.

Адаптацией органов чувств называется изменение чувствительности анализатора под влиянием действующего раздражителя. Адаптация может сопровождаться повышением чувствительности или ее понижением вплоть до полного исчезновения. Наиболее значительна величина адаптации в зрительном анализаторе. Наиболее быстро адаптация происходит в тактильном, обонятельном анализаторах. Наиболее медленно - в зрительном. Практически не возникает адаптации человека к болевому ощущению, что имеет важное биологическое значение, так как болевое ощущение является сигналом неблагополучия в организме. Если бы была возможна адаптация к боли, то некоторые пациенты надолго задерживали бы, например визит к стоматологу. Известно, что условия деятельности, связанные с постоянной переадаптацией анализаторов, вызывают быстрое утомление. (Например, работа за монитором компьютера с постоянно меняющейся освещенностью экрана).

Восприятие основывается на ощущениях, возникает из них, но вместе с тем обладает определенными особенностями, не сводимыми к отдельным ощущениям. Восприятие отражает предмет как целое в совокупности всех его свойств, поэтому восприятие определяется, как целостный образ предмета. Если ощущение мономодально, то восприятие полимодально. Оно формируется на основе совместной деятельности ряда анализаторов, объединенных в функциональную систему. Для восприятия характерно единство целого и частей, единство анализа и синтеза. Это проявляется в таких свойствах восприятия, как *целостность* и *структурность*. В процессе ознакомления с предметом возникает масса ощущений, которые могут значительно различаться по своим характеристикам и условиям возникновения, различные свойства предмета могут отражаться с большей или меньшей полнотой, разной степенью точности, последовательно или одновременно. Несмотря на разнообразие и множественность ощущений предмет отражается как единое целое. Причем иногда эта целостность формируется вопреки тому, что в фигуре отсутствуют некоторые детали.

С целостностью перцептивного образа связана его *структурность*. Структурность заключается в том, что в целостном образе отражаются взаимоотношения различных свойств и частей, то есть *структура* предмета. Именно благодаря структурности мы узнаем предметы независимо от того, из какого материала они изготовлены. Прослушивая одну и ту же мелодию, исполненную на разных музыкальных инструментах, дающих звуки различного тембра и высоты, мы узнаем ее, если сохранится соотношение между звуками, то есть сохранится ее структура. Значение таких структур, несводимых к свойствам входящих в восприятие частей или элементов, подчеркнул Х. Эренфельс, он назвал их *Gestaltqualität* — качеством формы.

Значение структуры и целого для восприятия входящих в его состав частей очень ярко проявляется в оптико-геометрических иллюзиях.

Иллюзия — неправильное, искаженное восприятие какого-либо предмета или явления, действующего в данный момент на органы чувств. Причины, порождающие иллюзии восприятия, могут быть разные: а) физические (ложка в стакане чая кажется переломленной на границе жидкости); б) физиологические (иллюзия противовращения, иллюзия контраста температур); в) психологические — определяемые целостностью восприятия. От иллюзий следует отличать *галлюцинации*. Галлюцинации — это чувственный образ, непосредственно не зависящий от внешних впечатлений и вместе с тем имеющий для галлюцинирующего характер объективной реальности.

Важной особенностью восприятия является его *константность*. Под константностью восприятия понимают относительное постоянство воспринимаемой величины, формы и цвета предмета при изменении условий восприятия. В повседневной жизни условия восприятия предметов (освещенность, положение в пространстве, удаленность от наблюдателя и т. д.) непрерывно изменяются. Соответственно этому изменяются и рецепторные процессы, например, величина сетчаточного изображения, вместе с тем образ предмета остается постоянным.

Представление. На основе ощущения и восприятия возникает более сложная форма чувственного отражения — *представление*. Представление — вторичный чувственный образ предмета, который в данный момент не действует на органы чувств, но действовал в прошлом. Представления приобретают особую роль с развитием систем дистанционного управления, когда оператор должен с большой степенью точности представить себе процессы, происходящие в управляемой системе.

Мышление. Высшей ступенью познания является мышление.

Мышление — это опосредованное и обобщенное отражение существенных и закономерных связей и отношений между предметами и явлениями объективной реальности.

Операции мышления. Всякая мыслительная деятельность есть аналитико-синтетическая деятельность мозга, а основным звеном мышления являются мыслительные операции. Таковыми являются анализ и синтез, сравнение, обобщение, систематизация, абстрагирование.

Анализ есть мысленное разложение целого на части или мысленное выделение отдельных его свойств или сторон. Анализ ситуации, в результате которого вычленяются известное и искомое, является началом решения задачи.

Синтез — мысленное соединение частей, предметов или явлений. Синтез восстанавливает расчлененное анализом целое, вскрывая существенные связи и отношения элементов, выделенных анализом.

Сравнение — позволяет устанавливать сходство или различие между предметами и явлениями на основе мысленного выделения их частей или свойств.

Обобщение есть мысленное выделение в предметах и явлениях общего и основанное на этом мысленное объединение их друг с другом. Необходимой предпосылкой обобщения является сравнение предметов. Обобщение может опираться на разные признаки, но самое важное значение имеет обобщение, основанное на выделении признаков не только общих, но и существенных для данных предметов или явлений.

Систематизация, или *классификация* — мысленное распределение предметов по группам и подгруппам в зависимости от их сходства и различия. В зависимости от того, какой признак кладутся в основу, классификации могут быть разные. Примером классификации могут быть систематика животного мира К. Линея, классификация ощущений, о которой говорилось выше, различные классификации заболеваний.

Абстракция — важнейшая характеристика мышления, представляет собой отвлечение каких-либо свойств предметов и явлений от других и их изолированное рассмотрение. Научная абстракция является непременным условием познания сложных объектов, которые невозможно познать сразу и целиком.

Виды мышления. *Предметно-действенное мышление* является ведущим у ребенка до 2—3-летнего возраста и проявляется в процессе непосредственных действий с предметами. Этот вид мышления является исходным в формировании любой мыслительной операции. С началом школьного обучения интенсивно развивается словесно-логическое, понятийное мышление. Понятийное мышление — это всегда осознанное вербализованное мышление.

Интуитивное мышление характеризуется быстротой протекания, отсутствием четко выраженных этапов, малой осознанностью, в отличие от *дискурсивного*, поэтапно развернутого, осознанного мышления.

Творческое и критическое мышление. Если рассматривать мышление с точки зрения новизны, оригинальности решаемой задачи, то можно выделить мышление творческое (продуктивное, дивергентное, креативное) и воспроизводящее (репродуктивное, конвергентное).

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

Речь и язык. Слово и речь являются важнейшими содержательными компонентами психики человека. Речь влияет на протекание психических процессов (под влиянием словесных раздражителей снижаются пороги ощущения и восприятия, облегчается выделение фигуры из фона, образ представления вызывается словом).

Язык — это строго нормализованная система средств общения. Речь — применение языка в процессе общения для передачи мыслей, воли, чувств. Вместе с тем речь — это особая и наиболее совершенная система средств общения, свойственная только человеку. В отличие от звуковой сигнализации животных, содержанием языка является не выражение внутреннего состояния, а *обозначение, сигнализация* объективных вещей, предметов, явлений. Поэтому важнейшей функцией речи является *сигнификативная, обозначающая*. Слово обозначает при этом не столько единичный предмет, сколько категорию, общие связи предметов. Поэтому речь выполняет функцию *обобщения*. И, наконец, речь выполняет функцию общения.

Коммуникативная функция речи позволяет устанавливать контакт между людьми. В коммуникативной функции речи можно выделить 3 аспекта:

- 1) информационный (речь выступает как способ передачи информации от одного человека к другому и от поколения к поколению);
- 2) выразительный (средство передачи чувств, отношений, при этом большое значение имеют интонация, экспрессивные, паралингвистические составляющие — жесты, мимика, пантомимика);
- 3) речь как побуждение к действию, волеизъявление.

Коммуникативная функция имеет огромное значение, организуя взаимодействие людей. Всем известны стихи Щипачева: «Словом можно убить, словом можно спасти, словом можно людей за собой повести...». Сказанное медицинским работником слово может резко изменить эмоциональное состояние пациента, его отношение к болезни, помочь мобилизовать силы, но может вызвать и так называемые «ятрогенные», внушенные болезни.

Речь может быть внешней и внутренней. Внешняя речь в свою очередь делится на письменную и устную. Устная речь по своему психологическому составу является слуходвигательной. В восприятии и понимании речи решающее значение имеет фонематический слух, базирующийся на звуковысотной различительной чувствительности слухового анализатора, что позволяет дифференцировать близкие по звучанию гласные (о-ё, а-я; у-ю) и согласные (б-п; д-т, г-к; з-с; л-р). Дети при несформированности слухоречевой дифференцировки и больные при ее нарушениях становятся нечувствительными к различению этих близких звуков, что затрудняет восприятие и понимание речи. *Устная речь* характеризуется некоторыми отличительными признаками, важнейшими из которых являются ситуационность (она зависит от конкретных обстоятельств, условий, в которых происходит общение); обращенность — направленность к определенному лицу, собеседнику; эта речь поддерживаемая, ведется при эмоционально-экспрессивном контакте говорящих. Если сравнить непосредственную ситуацию диалогового общения и магнитофонную запись этого общения, то мы увидим, насколько обедняется общение без

эмоционально-экспрессивного контакта, из речи уходит контекст, зачастую суть разговора теряется. *Монологическая речь* — длительное последовательное связное изложение системы мыслей, знаний одним лицом. Монологическая речь — связная, контекстная, подчиняется требованиям, которые предъявляются к логической мысли: она должна быть последовательной, доказательной, не терпит неправильного построения фраз, предъявляет требования к темпу и звучанию. Примерами монологической речи являются устный рассказ, лекция, доклад, речь. Письменная речь появилась позже устной и прошла сложный путь развития от идеографической формы к современному алфавитическому письму. *Письменная речь* по своим механизмам — зрительно-слухомоторная. Никаких внеречевых средств воздействия, которые есть в устной речи, в письменной речи нет. Это требует от нее развернутости, связности, логической стройности. Письменная речь требует большей ответственности, так как она сохраняется в роли документа.

Память - совокупность процессов, обеспечивающих запечатление, сохранение и воспроизведение прошлого опыта. Благодаря памяти, сознание человека не ограничивается настоящим, а включает прошлый опыт, знания, без памяти человек вечно оставался бы в положении новорожденного, поэтому И.М. Сеченов назвал память «краеугольным камнем развития».

Память является сложной психической деятельностью, в которой выделяют процессы запоминания; сохранения и удержания в памяти того, что было запечатлено или заучено; воспроизведение, извлечение информации. К процессам памяти относится также забывание, то есть утрата информации, которая может быть безвозвратной, полной или частичной.

По характеру целей деятельности выделяют произвольную и произвольную память. Непроизвольное запоминание и воспроизведение осуществляется без специальных волевых усилий, когда не ставятся цели, задачи запоминания или воспроизведения материала, оно осуществляется как бы само собой. Произвольное запоминание сопровождается произвольным вниманием, имеет целенаправленный характер, оно избирательно. Запоминание включает в себя логические приемы организации материала, осмысливание запоминаемого материала.

При запоминании действует так называемый краевой эффект, проявляющийся в том, что лучше запоминаются начало и конец, информация, которая была в середине, запоминается хуже. В экспериментальной психологии хорошо известен эффект Зейгарник, или эффект незавершенных действий. Этот эффект проявляется в том, что испытуемые как правило стремятся к завершению прерванного действия; более того — незавершенные действия лучше сохраняются в памяти, чем завершенные.

Двигательная память — память на движения, эта память имеет значение при выработке двигательных навыков (ходьбы, письма), трудовых,

танцевальных движений, во всех видах моторного научения. В основе *образной памяти* лежат ощущения, восприятия, представления

Словесно-логическая память — память, в основе которой лежит оперирование понятиями. Это память на понятия, формулы, знаки, мысли. Система закрепления знаний в процессе их усвоения включает развитие этой высшей формы памяти, свойственной только человеку.

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

Вторичная, долговременная память — длительное сохранение информации (начиная от 20 секунд и простираясь на часы, месяцы, годы) после многократного повторения и воспроизведения.

Оперативная память — это мнемические процессы, обслуживающие деятельность человека. Она представляет синтез долговременной и кратковременной памяти.

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

Прочность — длительность сохранения информации.

Точность — правильность и полнота воспроизведения информации.

Готовность — умение своевременно вспомнить требуемое.

Внимание. Важнейшей особенностью психики является ее избирательность. Все ощущения, восприятия, впечатления, знания человек получает при участии внимания в познавательных процессах. Внимание обеспечивает большую полноту и точность восприятия.

Внимание — сосредоточение сознания на объекте, при котором происходит отчетливое его отражение. Внимание принимает участие в организации всех познавательных процессов, выполняя следующие функции:

1) Отбор значимых раздражителей и игнорирование несущественных, побочных.

2) Удержание, сохранение требуемой деятельности (или образа) до тех пор, пока не будет достигнута цель.

3) регуляция и контроль протекания деятельности.

Непроизвольное внимание — сосредоточенность на объекте или действии без волевого усилия и специальной задачи. Непроизвольное внимание привлекается как внешними, так и внутренними факторами. К числу *внешних* относятся особенности раздражителя, его интенсивность (громкий звук, яркий свет, резкий запах); интенсивность может быть не только абсолютной, но и относительной (яркий цвет на бледном фоне, шепот соседей на фоне тишины библиотечного зала). К числу *внутренних*, или субъективных факторов можно отнести значимость стимула, соответствие потребностям человека, а также интерес, увлекательность, как причины привлечения и поддержания непроизвольного внимания.

Произвольное, или волевое внимание - сосредоточенность на объекте или действии со специально поставленной целью и с помощью волевого усилия. Произвольное внимание зависит не от внешних факторов, не от особенностей объектов, а от поставленной цели, задачи. Оно связано с деятельностью человека, возникает в процессе труда и выполняет функцию регулятора.

Послепроизвольное внимание - наступает вслед за произвольным, когда человек «входит» в работу и его сосредоточенность уже не требует специального волевого усилия, а поддерживается увлеченностью и интересом. Послепроизвольное внимание рассматривают как высшую форму внимания, с ним связывают наиболее продуктивную и плодотворную деятельность.

Свойства внимания. Изучая особенности внимания, исследователи выделяют его основные свойства. К ним относятся: устойчивость, распределение, переключаемость, объем, концентрированность внимания.

Устойчивость внимания - удержание требуемой интенсивности внимания в течение длительного промежутка времени. То есть устойчивость есть временная характеристика внимания. Благодаря устойчивости внимания возможно длительное сосредоточение на объекте или виде деятельности, что позволяет открывать в объектах все новые и новые стороны, проникать в их суть. Устойчивость внимания зависит от многих факторов.

Переключаемость внимания, его гибкость заключается в способности быстро выключаться из одних установок и включаться в новые, соответствующие изменившимся условиям. Высокая переключаемость означает сознательное и осмысленное переключение с одного объекта на другой. Переключаемость внимания помогает быстро ориентироваться в новой незнакомой ситуации, быстро и легко переходить от одной работы к другой, от одного объекта к другому, после отдыха включаться в работу.

Распределение внимания дает возможность одновременно совершать несколько рядов действий, следить за несколькими объектами сразу.

Объем внимания характеризуется количеством объектов или элементов, которые могут быть одновременно восприняты с одинаковой степенью ясности и отчетливости в один момент.

Концентрированность внимания — степень сосредоточенности, она представляет собой единство двух признаков: интенсивности внимания и его узости. Высокая степень концентрации на одном объекте или проблеме означает сужение поля внимания, уменьшение его объема.

Внимание относится к числу функций, которые хорошо поддаются тренировке. Путем специальных, систематических упражнений можно существенно улучшить практически все его свойства. Развитие произвольного внимания неразрывно связано с общим процессом формирования волевых качеств личности.

Тесты для самоконтроля:

1. Определите свойства внимания:
 - А) глубина, широта, осмысленность
 - В) предметность, целостность, константность
 - С) объем, устойчивость, переключение, распределение
 - Д) качество, интенсивность, устойчивость
 - Е) объем, быстрота, точность, длительность
2. Что такое апперцепция?
 - А) зависимость восприятия от активных действий субъекта
 - В) зависимость восприятия от смыслового значения предмета
 - С) зависимость восприятия от акта объективации
 - Д) ошибки восприятия
 - Е) зависимость восприятия от прошлого опыта.
3. С помощью какого приема воображения создан сказочный образ русалки:
 - А) гиперболизация
 - В) типизация
 - С) схематизация
 - Д) агглютинация
 - Е) акцентирование
4. Ощущение – это
 - А) процесс формирования – обобщенный картины мира, складывающейся в результате переработки информации о нем
 - В) отражением в сознании человека предметов и явлений в виде целостных образов
 - С) отражение отдельных свойств предметов и явлений материального мира;
 - Д) процесс отражения биологически значимых воздействий среды
 - Е) процесс отражения биологически нейтральных воздействий среды, но вызывающих психологическую реакцию
5. Частичную автоматизированность исполнения и регуляции целесообразных движений у человека называют
 - А) действием
 - В) привычкой
 - С) умением
 - Д) деятельностью
 - Е) навыком
6. С помощью какого приема воображения был создан образ всем известного сказочного героя Гулливера
 - А) Заострение
 - В) агглютинация
 - С) схематизация
 - Д) гиперболизация
 - Е) типизация
7. Определите функции речи в мышлении
 - А) определение и осмысление
 - В) экспрессия и сигнализация

- С) обобщение и коммуникация
 - Д) коммуникация и экспрессия
 - Е) обобщение, сигнализация
8. Какой вид мышления представляет собой практическую преобразовательную деятельность?
- А) наглядно-действенное
 - В) теоретическое-понятийное
 - С) теоретическое-образное
 - Д) наглядно-образное
 - Е) творческое
9. По месту расположения рецепторов ощущения можно разделить на три группы:
- А) зрительные, слуховые, обонятельные
 - В) осязательные, тактильные, температурные
 - С) вибрационные, ощущение равновесия и ускорения
 - Д) экстероцептивные, проприоцептивные, интероцептивные
 - Е) дистантные, контактные, внутренние
10. Какую роль психической жизни человека играют лобные корни мозга
- А) отвечает за речь
 - В) слух
 - С) движения
 - Д) осязание
 - Е) мышление

4. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ВОЛЕВЫЕ ПРОЦЕССЫ

Волевые качества личности рассматриваются как сплав врожденного и приобретенного, как фенотипическая характеристика наличных возможностей человека. В волевых качествах сочетаются моральные компоненты воли, которые формируются в процессе воспитания, и генетические, тесно связанные с типологическими особенностями нервной системы. Например, страх, неспособность долго терпеть усталость, быстро принимать решение в большой мере зависят от врожденных особенностей человека (силы и слабости нервной системы, ее лабильности). Это означает, что при формировании, воспитании волевых качеств требуется гибкость, индивидуальный подход, терпение и чуткость воспитателей. Волевые качества включают в себя три компонента: собственно психологический (моральный), физиологический (волевое усилие) и нейродинамический (типологические особенности нервной системы). Исходя из этого, все волевые качества делятся на «базальные» (первичные) и системные (вторичные). К первичным относятся собственно волевые качества, которые, в свою очередь, делятся на две группы. Первая группа характеризуется целеустремленностью, способностью удерживать волевое усилие, это — терпеливость, упорство, настойчивость. Вторая группа характеризует самообладание и включает такие качества, как смелость, выдержка, решительность. Важное значение для воспитания воли имеет предъявление к ребенку требований, соответствующих и посильных для его возраста, с обязательным контролем за их выполнением. Отсутствие контроля может создать привычку бросать начатое, не доводя до конца. Проявление силы воли обусловлено нравственными мотивами человека. Наличие у человека стойких убеждений и целостного мировоззрения является основой волевой организации личности.

Эмоции, чувства, переживания. Эмоции и чувства — процесс отражения субъективного отношения человека к объектам и явлениям окружающего мира, другим людям и самому себе в форме непосредственного переживания. Эмоции выражают состояние субъекта и его отношение к объекту. Эмоции отличаются от познавательных психических процессов и имеют определенные отличительные признаки. Во-первых, они характеризуются *полярностью*, то есть обладают положительным или отрицательным знаком: веселье — грусть, радость — печаль; счастье — горе и т. д. В сложных человеческих чувствах эти полюсы часто выступают как противоречивое единство (любовь к человеку сочетается с тоской и беспокойством за него).

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

1. Физиологический — представляет изменения физиологических систем, возникающие при эмоциях (изменение частоты сердечных

сокращений, частоты дыхания, сдвиги в обменных процессах, гормональные и др.).

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

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

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

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

Чувства — более стойкие психические образования, их можно определить как *сложный вид устойчивого эмоционального отношения человека к различным сторонам действительности*. Чувства формируются, как правило, на основе вторичных, духовных потребностей, характеризуются большей длительностью. Чувства дифференцируются в зависимости от предметной сферы, к которой они относятся. В соответствии с этим, они подразделяются на - интеллектуальные, эстетические, нравственные.

Интеллектуальные чувства — переживания, возникающие в процессе интеллектуальной деятельности, такие, например, как любознательность, удивление, сомнение и др.

Эстетические чувства возникают и развиваются при восприятии и создании прекрасного и представляют собой эмоциональное отношение человека к прекрасному в природе, в жизни людей и в искусстве (например, чувство любви к музыке, чувство восхищения картиной).

Нравственные чувства — эмоциональное отношение личности к поведению людей и к своему собственному. При этом происходит сравнение поведения с нормами, выработанными обществом (например, чувство долга, гуманность, доброжелательность, любовь, дружба, сочувствие и др.).

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

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

Эмоциональная лабильность — изменчивость эмоций и настроения, по разным, зачастую самым незначительным причинам. Эмоции колеблются в

очень широком диапазоне от сентиментальности и умиления до слезливости и слабодушия.

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

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

Эмоциональная ригидность — негибкость, жесткость и ограниченный диапазон эмоционального реагирования.

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

Эмоциональная отзывчивость и эмпатия. Эмоциональная отзывчивость проявляется в том, что человек легко, гибко и быстро эмоционально реагирует на воздействия внешней среды. Когда объектом эмоциональной отзывчивости становятся люди, у человека проявляется особое свойство — эмпатия.

Под эмпатией понимают способность входить в состояния другого человека, сопереживать, сочувствовать ему. Основу эмпатии составляет эмоциональная отзывчивость, важна общая сенситивность, чувствительность, а также интуиция и внимание, наблюдательность. Эмпатические способности составляют основу профессионально-важных качеств в социальных профессиях, то есть везде, где общение, понимание, взаимодействие являются неотъемлемой частью профессиональной деятельности (медицинские работники и др.).

5. ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ. СВОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Личность — одна из базовых категорий психологической науки. Для того, чтобы ее проанализировать и выделить основные свойства, рассмотрим

это понятие в ряду «индивид — субъект деятельности — личность — индивидуальность». В понятии индивид отражена родовая принадлежность человека, его биологическая сущность, отнесенность к биологическому виду *Homo Sapiens*. Исходя из этого, структура индивида определяется, прежде всего, природными характеристиками человека как вида. Индивидуальные свойства подразделяются на два класса: первичные и вторичные. К первичным свойствам индивида относятся: половые, возрастные, конституциональные характеристики (телосложение и биохимическая индивидуальность).

Возрастное развитие. Психическое развитие — процесс, развертывающийся во времени и характеризующийся как количественными, так и качественными изменениями. Возраст в психологии определяется как относительно ограниченная во времени ступень психического развития индивида и его развития как личности, характеризуемая совокупностью закономерных физиологических и психологических изменений, не связанных с различием индивидуальных особенностей.

В процессе изучения возрастного развития человека были выделены закономерности, такие как неравномерность и гетерохронность.

Неравномерность возрастного развития заключается в том, что отдельные психические функции и личностные качества человека имеют определенную траекторию изменений во времени, рост и старение психических функций происходит неравномерно, с разными темпами. В разные возрастные периоды может ускоряться или замедляться психическое развитие.

Гетерохронность развития проявляется в несовпадении во времени характеристик развития разных функций. Примером гетерохронии может быть несовпадение во времени достижений оптимума сенсорных функций, интеллектуальных, творческих способностей и социального развития. Сенсорное развитие достигает фазы зрелости в 18-25 лет, интеллектуальные, творческие способности могут достигать, в среднем, своего оптимума в 35 лет, а личностная зрелость — в 50-60 лет. Это создает благоприятные условия для возрастного индивидуального развития человека на протяжении всей его жизни. Гетерохронность развития находит свое отражение в существовании нескольких видов возрастов. Существует понятие паспортного возраста, который определяется количеством прожитых лет. Биологический возраст определяется степенью зрелости организма, нервной системы, износа организма. Социальный возраст определяется исходя из тех социальных ролей и функций, которые выполняет человек. Психологический возраст определяется характером планов, перспектив будущей жизни; чем больше у человека нереализованных планов, тем моложе его психологический возраст. То есть психологический возраст измеряется внутренней системой отсчета личности и зависит от удельного веса в нем психологического прошлого и психологического будущего. Очень часто перенесенная тяжелая болезнь, инвалидность изменяют эту

внутреннюю систему отсчета и резко увеличивают психологический возраст личности, повышая удельный вес психологического прошлого.

Структура личности. Личность понимается как сознательный индивид, занимающий определенное положение в обществе и выполняющий определенные общественные функции. Личность моложе индивида, так как человек рождается индивидом, а личностью он становится в процессе социализации, усвоения социального опыта.

В структуру личности входит ее направленность, характер и способности. В структуру личности многие авторы включают темперамент, как психофизиологическую основу личности. Основными характеристиками личности являются: активность, устойчивость, целостность.

Под *активностью* понимается способность человека производить общественно значимые преобразования окружающего, проявляющаяся в общении, совместной деятельности, творчестве и саморазвитии. *Устойчивость* — это относительное постоянство личностных свойств.

Г. Кеттел, развивая факторный подход к личности, выделяет 2 вида черт: поверхностные (вторичные) и порождающие их, или первичные. Первичные черты в свою очередь разделяются на конституциональные (генетически обусловленные) и характерологические (развивающиеся под влиянием условий жизни, обучения). В своей концепции Кеттел выделяет 3 группы черт в структуре личности: темпераментные черты — способности, динамические черты, мотивирующие поведение, включающие направленность и интересы личности. Все эти черты образуют взаимосвязанную систему 16 факторов личности.

В число 16 факторов 1-го порядка Р. Кеттел включает следующие, имеющие два противоположных полюса.

Замкнутость — общительность.

Низкий интеллект — высокий интеллект.

Эмоциональная неустойчивость — эмоциональная устойчивость.

Подчиненность — доминантность.

Озабоченность — беспечность.

Низкая нормативность поведения — высокая нормативность поведения.

Социальная робость — социальная смелость.

Низкая сенситивность (толстокожесть) — высокая сенситивность.

Доверчивость — подозрительность.

Практичность — мечтательность (богатое воображение).

Прямолинейность — дипломатичность.

Уверенность в себе (высокая самооценка) — неуверенность в себе (чувство вины).

Консерватизм — радикализм.

Зависимость от группы — самодостаточность.

Низкий самоконтроль — высокий самоконтроль.

Низкая сила побуждений — высокое рабочее напряжение.

Направленность личности. Направленность — это система доминирующих, социально-обусловленных отношений личности к действительности, основными проявлениями которой являются интересы, идеалы, мировоззрения, убеждения. При этом именно направленность и характер являются основными содержательными характеристиками личности, выражающими ее социальную сущность. Направленность человека имеет многоуровневую организацию, в основании ее лежат потребности.

Потребность понимается как необходимость, нужда, но не всякую нужду можно назвать потребностью. Для того, чтобы необходимость отражала потребность, она должна стать для субъекта актуальной в данный момент, чтобы человек захотел того, что ему необходимо. То есть потребность как нужда организма отражает его объективное состояние и связана с осознанием нужды, имеет субъективную сторону.

Потребности выступают как источники активности человека. По источнику формирования все потребности делятся на первичные (биологические), вторичные (социальные) и духовные.

Первичные потребности — потребности в пище, воде, температурном комфорте, сне, сексуальные потребности. Удовлетворение этих потребностей обеспечивает индивидуальное и видовое существование, эти потребности общие у животных и человека. Однако биологические потребности преобразуются под влиянием жизни в обществе, проявляются и развиваются иначе, чем у животных. В ходе развития человеческого общества возникают и развиваются специфически человеческие — социальные и духовные — потребности. Социальные потребности включают потребности в принадлежности к группе, в признании, уважении и любви, самоутверждении.

Духовные потребности — это потребности в познании мира, самоуважении и самореализации, эстетические потребности.

Потребности самоактуализации (потребности в реализации своих потенциалов, в понимании смысла жизни).

Потребности в самоуважении (потребности в достижении, одобрении, признании, в принятии себя, положительной самооценке).

Потребности в социальных связях (потребность в социальной включенности, принадлежности к группе, любви и доверии).

Потребности в безопасности (защита от страдания, боли, разрушения, неустроенности).

Физиологические потребности (голод, жажда, сон, активность, секс).

Мотивационные свойства личности. Под мотивационными свойствами личности понимают закрепившиеся и предпочитаемые способы формирования мотива.

Мотив достижения как устойчивое стремление личности к достижению высоких результатов в какой-либо деятельности. Для таких людей характерна высокая активность, уверенность в себе, высокая

самооценка. Стремясь к успеху, они ставят более сложные задачи, в большей степени рискуют, они стремятся к повышению уровня своих достижений.

Из этого мотива был выделен мотив *избегания неудачи*, при этом главным побуждением человека является стремление избежать неудачи. Такие люди выбирают чаще всего легкие задачи, так как боятся оказаться неудовлетворенными. Они могут выбирать и очень трудные задачи, так как неудача в этом случае не воспринимается как личный неуспех, а лишь как следствие обстоятельств. С мотивационной сферой личности тесно связан уровень притязаний.

Под уровнем притязаний понимают уровень трудности тех задач, на осуществление которых претендует человек, побуждаемый данным мотивом.

Одно из основных условий изменения уровня притязаний — достигнутый успех или неуспех деятельности. Если человек ставит непосильную задачу, то повторный неуспех ведет к снижению уровня притязаний. Однако это влияние успеха опосредуется самооценкой. При адекватной самооценке после успеха человек выбирает более трудные задачи, а после неуспеха — более легкие. При завышенной самооценке успех ведет к повышению степени трудности задач и после неуспеха также повышается степень трудности выбираемой задачи, так как имеет место адекватная реакция на успех и неадекватная — на неудачу. При заниженной самооценке и после успеха, и после неуспеха человек выбирает более легкие задачи, то есть имеется неадекватная реакция на успех, снижение уровня притязаний после успеха.

Мотив власти - способность человека проводить свою волю вопреки сопротивлению других людей. Личность с выраженным мотивом власти получает удовлетворение от контроля над другими, от возможности судить, устанавливать нормы, правила поведения. В основе этого мотива лежит комплекс превосходства, который в процессе развития может принимать как конструктивное, так и деструктивное направление.

Мотив аффилиации - стремление к контактам с другими людьми, стремление к сотрудничеству и одобрению, стремление строить взаимоотношения с людьми на основе доверия, равенства партнеров по общению. Обратной стороной этого мотива является боязнь отвержения, которая проявляется в боязни быть отвергнутым, непринятым. У людей с преобладанием мотива отвержения проявляется неуверенность в себе, скованность в ситуациях общения.

Альтруистические мотивы проявляются в потребности помогать другим на бескорыстной основе. В основе — способность на безвозмездную жертву, потребность отдавать и чувство ответственности.

Я-концепция. В психической деятельности человека выделяется особый род активности — это «рефлексивная деятельность, активность «Я», направленная на самое себя. В рефлексивной деятельности «Я» выступает как объект своих действий и переживаний.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА КОММУНИКАТИВНОГО ПРОЦЕССА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РАБОТНИКА СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО АСПЕКТА

Коммуникация (общение) имеет большое значение в работе медицинских работников.

Навыки общения не следует считать чем-то само собой разумеющимся. То, как мы общаемся с людьми в обычных житейских ситуациях, может оказаться неприемлемым в ситуации, связанной с оказанием помощи пациенту. Часто общение с больным происходит, когда пациент расстроен, подавлен, агрессивен, испытывает физические или психологические трудности. Поэтому, медицинским работникам требуются специальные знания и умения, чтобы общение оказало максимальную помощь и поддержку больным.

У пациентов могут быть самые различные потребности в общении. Они могут нуждаться в совете, утешении, консультации или обычном разговоре. То, насколько медсестра способна удовлетворять эти потребности, зависит от ее навыков общения и опыта. Важно понимать, когда пациент нуждается в информации, социальном контакте или каком-то ином общении. Устанавливать эффективное общение нелегко, для этого требуются специальные навыки, умение слушать, задавать вопросы, поддерживать и проявлять теплоту и заботу.

Основой для коммуникации и в конечном итоге для построения взаимоотношений служат участие, открытость, умение слушать, воспринимать, проявлять беспокойство, принимать

Чужие взгляды, сопереживать, быть искренним и уважать другого человека. Начинаящие медсестры, изучающие искусство межличностного общения, часто задают вопросы: Как эти компоненты общения связаны между собой логически? Какие компоненты должны иметь первостепенное значение? Выделить один основной фактор, необходимый для инициирования понимания практически невозможно, т.к. все элементы коммуникации тесно между собой связаны. Например, нельзя обеспечить приятие другого человека, одновременно в какой-то мере не раскрываясь самому. Сопереживание, уважение и искренность выделены в качестве основных факторов, облегчающих взаимное общение, но можно предположить, что необходимым условием для реализации этих элементов будет участие.

При любой попытке выделить какой-то первый элемент в процессе общения всегда возникает эффект замкнутого круга. Все люди в разной степени обладают всеми качествами, необходимыми для процесса общения. Однако эти компоненты представляют собой не отдельные элементы взаимодействия, а тесно переплетаются между собой в процессе общения с разной выраженностью и согласованием по времени. Целью процесса

понимания для медсестер гуманистического склада становится не "разгадка" человека подобно тому, как решается какая-либо задача, а изучение тайны, которой остается другой человек. В результате такого изучения можно больше узнать одновременно и о других, и о самом себе. Хотя невозможно узнать все о другом человеке, диалог сам по себе объединяет и исцеляет. Глубже осознать условный характер сестринского дела позволяет одновременное взаимопонимание между медсестрой и пациентом.

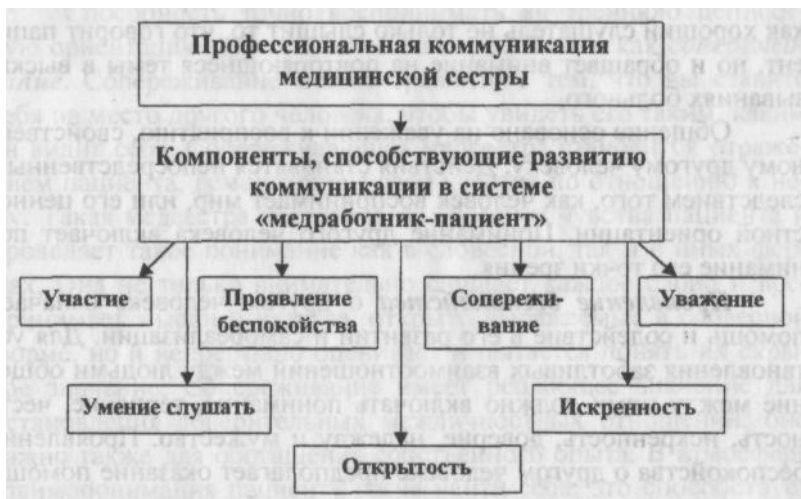
Коммуникация лежит в основе гуманистической медико-психологической помощи. Для того, чтобы понимать человека и общаться с ним, требуются уважение и вера в значимость, ценность, уникальность, доброту и силу этого человека, а также в его способность самому руководить своими действиями и признание его права на это. Однако психологическая помощь— это больше, чем доброжелательное и технически грамотное оказание помощи. Это также ответственные, заботливые взаимоотношения и значимость этих взаимоотношений требует осмысленности, основанной на осознании самого себя и индивидуальности другого человека. Коммуникация требует понимания внутренней ценностной ориентации другого человека, и это понимание может позволить двум людям, участвующим в этом процессе, переступить через свои ролевые взаимоотношения и установить отношения истинного диалога. Уникальный характер каждого отдельного человека выявляется именно через общение.

Основы построения взаимодействия

Коммуникация в системе «медработник-пациент» включает в себя следующие компоненты:

Участие означает взаимодействие с другим человеком в очень широком смысле. Истинное значение участия — это не ожидание чего-либо, а внимание к чувствам другого человека, приятие и интерес. Участия, однако, нельзя добиться сразу, для его развития требуется время.

Умение слушать означает открытость миру, мыслям и чувствам других людей, открыто выраженным или подразумеваемым. Для умения слушать требуется чувственное понимание, а также воздержание от каких-либо суждений в отношении другого человека; оно не подразумевает воздействия на другого человека с целью изменить его или попытки сделать это.



Умение слушать — это активные, сознательные усилия по формированию участия, а не простое пассивное восприятие. Для этого, помимо простого понимания смысла произносимых слов, требуется сосредоточенность, отсутствие предубежденности и заинтересованное отношение к тому, о чем рассказывается. Чтобы быть хорошим слушателем, необходимо полностью сосредоточить свое внимание на другом человеке, а значит подавить собственные предрассудки, предубеждения, чувство озабоченности и любые иные внутренние или внешние факторы. Для медработника умение слушать облегчает распознавание потребностей пациента, выраженных в словесной или иной форме. Медработник как хороший слушатель не только слышит то, что говорит пациент, но и обращает внимание на повторяющиеся темы в высказываниях больного.

Общение основано на уважении к восприятию, свойственному другому человеку. Действия становятся непосредственным следствием того, как человек воспринимает мир, или его ценностной ориентации. Понимание другого человека включает понимание его точки зрения.

Проявление беспокойства о другом человеке означает помощь и содействие в его развитии и самореализации. Для установления заботливых взаимоотношений между людьми общение между ними должно включать понимание, терпение, честность, искренность, доверие, надежду и мужество. Проявление беспокойства о другом человеке предполагает оказание помощи и служит важным компонентом сестринской практики.

Открытость-- это раскрытие своего внутреннего "Я" другому человеку, оно предполагает взаимность. Раскрытие самого себя необходимо для самореализации. Поскольку это имеет фундаментальное значение для самопознания и развития, самораскрытие остается обязательным условием для общения и осуществления различных терапевтических процедур в процессе лечения.

Исследователи неоднократно отмечали, что если человеку предложить взаимоотношения, основанные на уважении, согласии и приятии, этот человек вполне естественно разовьется в здоровую, зрелую личность с

чувством ответственности. Принимать другого человека означает помочь ему расти. Приятие сродни прощению: вы взвешиваете поведение другого человека и принимаете во внимание нежелательные или отрицательные аспекты этого поведения, но сознательно не придаете этим аспектам большого значения, одновременно заостряя внимание на наиболее приятных и обнадеживающих для него характеристиках. Принимая другого человека, вы не навязываете ему направления, в которых он должен развиваться; вместо этого вы позволяете направлению развития этого человека определять характер общения, вашу реакцию и все, что имеет значение для такой реакции. Принимая пациента, медсестра как бы позволяет ему принять самого себя.

Способность точно воспринимать внутреннюю ценностную ориентацию другого человека определяется как *сопереживание*. Сопереживание можно сравнить с тем, что вы ставите себя на место другого человека, чтобы увидеть его таким, каким он видит себя. Сопереживающая медсестра становится отражением пациента, демонстрируя свое участие по отношению к нему. Такая медсестра настроена на мысли и чувства пациента и проявляет такое понимание, как в словесной, так и в иных формах. Она не только внимательно слушает каждое слово и воспринимает мысли и чувства, открыто выражаемые в словесной форме, но и непрерывно оценивает и пытается понять их скрытое значение. Сопереживание имеет решающее значение для установления доверительных межличностных отношений; оно важно также для обогащения собственного опыта. В атмосфере взаимопонимания пациенту легче найти себя, это способствует его дальнейшему развитию и обретению новых ценностей, которые могут оказаться более правильными и положительными.

Искренность — необходимое условие для установления отношений доверия. Искренность означает, что человек честно делится своими мыслями, чувствами и опытом. Это не видимость: если человек действительно является тем, кем он кажется, значит общение гармонично. Искренний или гармоничный человек понимает свои внутренние чувства и мысли и правильно их выражает как в словесной, так и в иной форме. Эта гармоничность имеет важное значение для содержательного общения. Она способствует возникновению и поддержанию доверия к самому себе, а также между собой и другими. Это доверие постепенно перерастает в свободное и открытое общение.

Уважение подразумевает теплоту, расположение и приятие. Уважение включает приятие другого человека как достойную личность, отражает глубокое беспокойство по отношению к другому человеку, невзирая на его недостатки. Элементами уважения можно считать интерес к развитию другого человека и веру в его способность решать проблемы и совершать положительные поступки. Уважение к другому человеку может быть даже более сильным, чем уважение к себе самому, а ощущение того, что тебя уважают, необходимо для развития и поддержания здоровья.

Все перечисленные компоненты эффективной коммуникации создают благоприятную атмосферу для понимания. Они служат основой для умения слушать и понимать.

Установление психологического контакта

Любая встреча медицинской сестры с пациентом имеет важное значение для установления и поддержания оптимального психологического контакта. Особенно важно психологически обоснованно провести с пациентом первую встречу и беседу, с которой и начинается сестринский процесс.

К первой встрече с пациентом следует готовиться и организовывать ее обдуманно. Она имеет не только диагностическое значение, но важна как психотерапевтический фактор. Пациент должен увидеть внимательное отношение к себе и искреннее желание помочь ему.

Очень важно уметь выслушать пациента и отметить, что для него является самым важным, что впоследствии будет необходимо для постановки первичного психологического сестринского диагноза. В постановке вопросов с целью стимулирования рассказа о себе следует избегать требовательного тона голоса и игнорирования жалоб. Безусловно, трудно предложить медицинскому работнику универсальные правила обращения с пациентом. Отличительным признаком профессиональной деятельности медицинской сестры является насыщенный психологический фон, затрудняющий какую-либо технологическую регламентацию деятельности. Поэтому в каждом конкретном случае наиболее удобный способ избирается медицинской сестрой в зависимости от состояния пациента и ее профессионального опыта.

Техники активного слушания

В социальной психологии выделяют два вида слушания: оценочное и безоценочное. В медицинской практике ценится слушание без оценки.

Безоценочное слушание. Главное при активном безоценочном слушании - это умение молчать, поддакивать, перефразировать сообщения пациента. Обязательное условие - заинтересованность. Можно продемонстрировать пациенту эмпативное понимание того, что тот чувствовал. Это могут быть такие стандартные фразы: «Вы тогда, наверное, расстроились», «Сколько же Вам пришлось пережить» и т.д. Однако нельзя перегружать беседу подобными психологическими клише, т.к. сверхсочувствие - это проявление бесчувственности.

Для того, чтобы добиться одинакового с пациентом понимания того, что он говорит, можно пользоваться приемами усиления диалога: «Продолжайте, пожалуйста, это очень важно». Умению видеть психологические проблемы помогают симптомы напряженности в речи пациента, которая проявляется в изменении темпа речи, - появлении пауз,

слов-паразитов, если их ранее не было, штампов, иронии. Ирония, в отличие от юмора, чаще говорит о психологическом неблагополучии.

Важными признаками психологического неблагополучия является стремление пациента уклоняться от ответа на некоторые вопросы или отвечать общими фразами. Распознавание защитного поведения важно для последующего осуществления сестринского ухода. Оно поможет осознать причины возникшего заболевания. Все это можно уловить при максимально полном высказывании пациента, слушая его безо всяких оценок.

Оценочное слушание. Оценочное слушание целесообразно тогда, когда сам больной хочет оценки. Оценочное слушание желательно начинать с положительной оценки. У больных с лабильным или сниженным настроением приходится помнить о сильном негативном влиянии порицания, поэтому не стоит заканчивать разговор отрицательной оценкой чего-либо, касающегося больного.

Часто у больного во время эмоциональной беседы могут появиться слезы или наблюдается гнев, агрессия. Этого не следует пугаться, т.к. эти проявления свидетельствуют о психологических проблемах, которые в беседе обнаружены. И можно предположить, что они сыграли серьезную роль в заболевании. Несмотря на такие реакции, больному необходимо дать возможность полностью высказаться, т.к. отреагирование эмоций обычно значительно облегчает психологическое состояние больного.

Общие принципы умения эффективно слушать

Рассмотрим несколько принципов умения эффективно слушать. Вероятно, многие из этих принципов хорошо известны, хотя о них редко говорят. Они помогут задуматься о вашем умении слушать и научиться слушать других.

Перестаньте говорить. Невозможно слушать, разговаривая. Легче всего побудить человека открыться, предоставив ему возможность больше говорить самому. Уделяя меньше внимания себе, вы переносите внимание на больного. Не прерывайте его вопросами или комментариями; вместо этого дайте больному возможность сказать все, что он хочет сказать.

Устраните отвлекающие факторы. Хороший слушатель сосредоточивает все свое внимание на говорящем. Это легче делать, если вокруг вас нет отвлекающих факторов. Отвлекать могут телефонные звонки, другие люди и шум машин и оборудования. Помните также, что трудно говорить с человеком, который читает газету, постукивает карандашом, выглядывает в окно, играет с резинкой или скрепкой. Не позволяйте внешним факторам отвлекать вас от разговора, если этого можно избежать, и никогда не отвлекайте говорящего сами. Отнеситесь к нему с полным вниманием

Смотрите на говорящего. Дайте человеку понять, что вас интересует то, что он говорит. Сидите расслабленно и открыто лицом к больному и не

бойтесь встречаться с ним глазами. Глядя на человека, вы не только помогаете ему общаться с вами, но и облегчаете понимание самому себе. Это не означает, что вы должны смотреть на собеседника, не отрывая глаз; вы должны быть максимально внимательны и проявлять участие.

Старайтесь уловить основную идею. Старайтесь уловить основную тему, повторяемую в беседе. Сосредоточьтесь на этой теме, а не на ее деталях.

Вслушивайтесь, как подается суть. Сосредоточьте свое внимание не только на том, что говорится, но и на том, как это говорится. Старайтесь уловить и различить эмоциональные реакции и чувства. Спросите себя, как этот человек воспринимает ситуацию.

Отделяйте человека от идеи. На людей часто влияет не то, что говорится, а то, кто это говорит. Мы более положительно реагируем на мысли людей, которых мы любим, чем тех, кого не любим или к кому равнодушны. Трудно отделить человека от идеи, но старайтесь очень внимательно слушать больных, к которым вы испытываете сильные чувства, и соблюдать осторожность в ваших интерпретациях. Это поможет вам более правильно воспринимать то, что говорится.

Старайтесь уловить то, о чем человек избегает говорить. Вы можете больше узнать о другом человеке, стараясь понять то, о чем он не говорит. Спросите себя, не опустил ли этот пациент в своем рассказе какую-либо существенную часть, не избегает ли он говорить о своих чувствах либо о человеке, который играет важную роль в его или ее жизни.

Отделите свои эмоции от реакции. Отделить эмоциональную реакцию от умения слушать и понимать трудно, но это очень важная черта доверительного слушателя. Избегайте гнева и печали и вообще сильных эмоций, которые могут помешать вам внимательно слушать собеседника и реагировать на его слова с пониманием.

Будьте осторожны с интерпретациями. Поспешные суждения или предположения опасны. Предположения обычно основываются на вашем знании собеседника. Не считайте, что ваш собеседник всегда пользуется словами так же, как и вы, разделяет с вами одни и те же ценности или страдает от тех же недостатков. Избегайте интерпретирования слов и поступков говорящего по отношению к вам. Старайтесь уловить факты и быть уверенными в том, что вы знаете разницу между тем, что говорится, и вашими интерпретациями, оценками этих фактов.

Уважайте больного как человека. Если вы действительно хотите помочь человеку, вы должны проявлять по отношению к нему искреннее уважение, интерес и заботу. Вы должны ценить пациента и общение с ним и терпеливо слушать его.

Сопереживайте. Сопереживание часто определяется как попытка поставить себя на место другого человека, чтобы вы могли видеть мир таким, каким его видит он. Сопереживающий слушатель предлагает свое

понимание, а не свои решения, и старается искренне понять поступки другого человека и его ценностные ориентиры.

Методы убеждения

С необходимостью убеждать пациента медицинской сестре приходится сталкиваться ежедневно, особенно, если принять во внимание, что около половины больных, согласно данным зарубежной статистики, не выполняют медицинских назначений.

Прямые, лобовые советы, как правило, вызывают сильное сопротивление больного. При этом следует знать, что явное сопротивление является обычно не таким сильным, как скрытое, когда больной на словах обещает сделать и ничего не выполняет фактически.

Лучше прямых советов работают косвенные методы и приемы убеждения: «Я бы на Вашем месте, может быть, сделал бы так...». Эффект косвенного внушения связан с тем, что оно вызывает минимальное сопротивление пациента. Однако значимая информация должна исходить от значимого человека. Поэтому медработник должен стать для пациента референтным лицом, т.е. вызвать доверие у больного.

В психологии выделяют различные техники убеждения. Охарактеризуем несколько таких методов. При этом медицинской сестре следует помнить, что техники прямого убеждения эффективно действуют при разовых встречах с пациентом, а при длительных и тесных контактах большее значение приобретает эмпатия и искренность медсестры.

Первичный психологический диагноз

Проблемно-ориентированная психотерапия швейцарского психолога и психотерапевта А. Блазера предполагает максимальное изучение проблем пациента, вовлечение его в процесс принятия решения. Чтобы проводить с больным психотерапию или психологическое консультирование, необходимо на первых этапах определить его психологические проблемы, если они есть. Медработник, осуществляя уход за пациентом, выясняет, имеются ли у него устойчивые эмоционально значимые психологические переживания. Все остальные этапы психотерапевтической работы (прояснение характера проблемы, оказание психотерапевтической помощи) осуществляют другие специалисты, в единой команде с которыми работает и медсестра.

Психологическая проблема - это некоторая психологическая дисгармония, поведенческий стереотип, который создает психологические трудности: это конфликты и их последствия, трудности в общении, болезненные душевные переживания, неудовлетворенность собой или кем-нибудь и т.д.

Психологические проблемы есть практически у каждого человека. Они являются своеобразной движущей силой развития, ведущей к формированию нового опыта, изменению мировоззрения, привычной картины мира, поведенческих стереотипов. В большинстве случаев человеку достаточно собственных сил, чтобы выйти из психологического кризиса. Однако

некоторые проблемы с трудом поддаются решению, создавая новые трудности. Попадая в порочный круг, человек утрачивает психологическое равновесие, приобретает нервно-психические или психосоматические расстройства. Именно на выявление наличия или отсутствия у больного таких патогенных проблем и направлена психологическая диагностика, осуществляемая медсестрой.

Наблюдение

«Психологическими ключами», индикаторами актуальных или потенциальных очагов внутренней психологической напряженности могут быть слова, фразы, несущие эмоциональную нагрузку, часто повторяющиеся или проходящие рефреном в речи пациента (вербальные ключи), смена его настроения в определенные моменты беседы или при обсуждении определенных тем, неадекватность реакций, специфические жесты, мимика (невербальные ключи), несоответствие содержательной и эмоциональной стороны беседы.

Работа по выявлению наличия у больного патогенной психологической проблемы опирается не только на подготовку медсестры в области научной психологии, но и на ее практический жизненный опыт, интуицию и способность к эмпатии. Профессионально значимой чертой личности медсестры является наблюдательность, которую полезно постоянно тренировать. Наблюдая за поведением больного, медсестра соотносит его действия и эмоции с известными ей нормами, эталонами: возрастными, половыми, профессиональными и другими, которые у нее сформировались на основании личного опыта в период обучения психологии.

Наблюдаемые действия и переживания больного медсестра автоматически оценивает в категориях «хорошо - плохо». Эта оценка не имеет эталонных характеристик и во многом определяется индивидуальными этическими воззрениями медсестры. Результаты такой оценки обязательно скажутся на отношении к пациенту, внесут элементы субъективизма (в дальнейшем она начинает смотреть на него сквозь своеобразные «психологические очки»). Например, медсестра слышит только раздражение и больше не воспринимает содержание слов пациента. Когда медсестра испытывает страх, чувствует себя задетой, оскорбленной, ее способность адекватно воспринимать окружающее, способность рассуждать уменьшается, чувства берут вверх над разумом. Здесь возникает опасность замены объекта наблюдения, т.е. пациента, неким фантомом, на который медсестра проецирует свои чувства, свой субъективный опыт, свои оценки и свои собственные психологические проблемы. Чем позитивнее отношение медсестры к пациенту, тем лучше могут быть ею поняты сигналы, от него поступающие. Наличие описанных выше информационных ловушек и делает необходимой работу с больным целой команды специалистов.

Не следует реагировать автоматически, полезно больше рефлексировать (рефлексия - это осознание своих собственных внутренних состояний,

переживаний и пр.). Осознанное общение - профессионально значимое свойство медицинского работника, которому надо учиться.

Итак, наблюдая за больным, медсестра наблюдает и за собой, за своим отношением к пациенту, за теми искажениями, которые вносят в восприятие индивидуальности болезнь и ее особенности.

Обычно сбор информации начинается с восприятия другого человека и наблюдения за ним в ходе обследования или оказания помощи. Движения человека, его мимика, тембр голоса и темп речи, словарный запас дают много разнообразной психологической информации о нем. Хорошо известно, что необычные изменения цвета кожи отражают происходящие в организме физиологические изменения (например, испуг сопровождается внезапной бледностью). Состоянию нерешительности сопутствует движение руки к носу. Люди часто касаются своих волос, когда смущены. При желании что-то скрыть, говорящий делает неожиданное движение руки ко рту. Чем сильнее чувство, выразительнее жестикация. Известно также, что зрачок изменяется при колебаниях освещения, причем этот рефлекс проявляется и при увеличении и снижении интереса.

Существует и язык красок. Так, люди, предпочитающие серый цвет, неосознанно стремятся оградить себя от остального мира. Синий цвет способствует снижению кровяного давления, сокращению частоты пульса и дыхания, включению механизмов самозащиты, потребность в этом цвете возрастает в случае болезни, упадка сил, при повышенной чувствительности и обидчивости. Тот, кто отвергает красный цвет, перевозбужден, легко раздражается из-за нехватки жизненных сил, чувствует, что окружение представляет собой источник опасности.

Беседа

Предметом беседы медсестры с пациентом обычно бывает психологическая реальность последнего (мысли, переживания больного, особенности его семейной, профессиональной жизни, система ценностей, убеждений и пр.). Профессиональная наблюдательность медсестры состоит в искусстве замечать в процессе беседы с пациентом то, чего не видят другие. Важно уметь интерпретировать поведение или информацию, полученную от пациента, в терминах психологических проблем, которые тот имеет, уметь видеть психологическую подоплеку ситуаций и оценивать их с точки зрения потребности пациента в психологической помощи.

При проведении беседы следует придерживаться принципа уважения к личности пациента, избегать каких-либо оценочных суждений, принимать пациента и его проблему такими, какие они есть, гарантировать конфиденциальность получаемой информации. Пациент, решившись говорить о сокровенном, эмоционально значимом, хочет, чтобы его выслушали. Следовательно, первоначально нужно проявить интерес к психологической реальности пациента и внимательно, терпеливо его выслушать. Очень хорошо в ходе беседы называть пациента по имени (по

имени и отчеству). Это создает условия для индивидуализации контакта и сокращения психологической дистанции.

Медсестра может задавать прямые и косвенные вопросы о ходе событий, об участниках событий и их конкретных действиях, о том, что думает и чувствует по этому поводу пациент, чего бы он хотел в этой ситуации, какие действия он собирается предпринять. При этом важно слушать не только то, что говорит пациент, но и как он это говорит, какие эмоции стоят за его словами. Следует быть особенно внимательным к словам, на которые пациент реагирует эмоционально. Человеческий мозг не только запоминает значение и правильное написание тех или иных слов, но и кодирует телесный и психологический опыт, который человек получил в связи с этим словом. Произнося вслух или про себя слово, мы вновь и вновь воскрешаем переживания прошлого с прежней силой эмоций и телесных реакций. Иногда уже одно имя, без реального присутствия человека, может вызвать страх. Например, слово «мигрень» стимулирует мышцы лица опускать уголки рта вниз даже в те дни, когда чувствуешь себя хорошо. Это слово провоцирует реальные стрессовые реакции организма, повышая вероятность подлинной болевой атаки. Стрессовые слова - так называют этих вестников плохого настроения. В процессе беседы полезно выявлять стрессовые для пациента слова и записывать их в свой дневник психологического наблюдения за больным. Вопросы медсестра задает, чтобы определить эмоционально значимые для пациента психологические проблемы, а также, чтобы помочь ему лучше осознать свою ситуацию, выговориться, не держать токсичные эмоции долго внутри себя.

Таким образом, в процессе беседы и наблюдения за больным медсестра выявляет сферы жизни пациента, которые вызывают у него стойкие токсичные эмоциональные реакции. В ходе беседы она уточняет желания пациента в этой сфере (как бы он хотел, чтобы было), реакцию значимого для пациента окружения на его желания (как, с его точки зрения, другие реагируют на его желания), ответные реакции пациента на эти реакции окружающих. Эта итоговая информация, собранная медсестрой, служит задаче фокусировки проблемы пациента, входит в содержание первичного психологического сестринского диагноза и служит отправной точкой для последующей длительной и кропотливой работы по оказанию пациенту психологической помощи в процессе сестринского ухода.

Советы, которые полезно учитывать медицинской сестре при постановке первичного психологического диагноза

Постарайтесь стать для больного доброжелательным и терпеливым слушателем, создать атмосферу доверия, чтобы он смог рассказать об эмоционально значимых событиях своей жизни, веря, что его поймут, не осудят, не станут относиться хуже, окажут поддержку.

При уходе за больным во время беседы с ним постарайтесь выяснить:

- какие значимые для больного события произошли за последние 5-10 лет;

- затраты времени и значение для больного ухода за своим телом, спорта, сексуальности, привычек, потребления пищи; отношения его к своему телу и болевым ощущениям;

- отношение к работе и удовлетворенность ею; значение усердия и трудолюбия; значимость работы и интерес к проблемам, непосредственно связанных с профессией;

- уровень дружелюбия; отношения с родственниками, друзьями и коллегами; => профессиональные, личные, семейные и глобальные перспективы в понимании их больным; особенности жизненной философии и мировоззрения.

Полезно организовать больному социальную поддержку с помощью вовлечения его в групповую работу (например, группа больных, болеющих гипертонией, группа больных сахарным диабетом) в подобной группе больной может обсудить свои проблемы, получить поддержку, почувствовать, что не одинок и что его понимают. Полезна также семейная групповая работа. Известно, что терапия язвенной болезни желудка, язвенного колита, диабета, астмы, ишемической болезни сердца, анорексии, мигрени требует семейного подхода.

Любая работа с людьми неразрывно связана с процессом и проблемами общения. Общение пронизывает профессиональную деятельность медицинских работников на любом уровне. Индивидуальные особенности психики пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействий приходят в соприкосновение с психологическими свойствами медицинского работника. Целью такого контакта является помощь, оказываемая пациенту.

Понятие об общении. Структура общения

Общение — это сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий в себя: обмен информацией, выработку единой стратегии взаимодействия, восприятие и понимание другого человека.

Виды общения: невербальное (бессловесное) общение — общение с использованием мимики, жестов, осанки и позы вместо слов; вербальное (словесное, речевое) общение.

Выделяют три уровня общения

Внутриличностное — мысленное общение человека с самим собой, когда он вырабатывает какие-то планы, развивает идеи, подготавливается к общению с кем-либо и т.д.

Межличностное — общение между двумя и более людьми.

Общественное — общение человека с большой аудиторией.

Стороны общения:

Первая — коммуникативная. Общение включает в себя обмен информацией между участниками совместной деятельности, который может быть охарактеризован в качестве коммуникативной стороны общения.

Общаясь, люди обращаются к языку как одному из важнейших средств общения.

Вторая сторона, общения (интерактивная) — взаимодействие общающихся. Организация взаимодействия между людьми. Обмен в процессе речи не только словами, но и действиями, поступками. Например, производя расчет у кассы, покупатель и продавец общаются даже в том случае, если ни один из них не произносит ни слова: покупатель вручает кассиру товарный чек на отобранную покупку и деньги, продавец выбивает чек и отсчитывает сдачу.

Третья сторона общения (перцептивная) — восприятие общающимися друг друга. Очень важно, например, воспринимает ли один из партнеров по общению другого как заслуживающего доверия, умного, понятливого, подготовленного или же заранее предполагает, что тот ничего не поймет и ни в чем сообщенном ему не разберется.

В едином процессе общения можно условно выделить три стороны: коммуникативную (передача информации), интерактивную (взаимодействие) и перцептивную (взаимовосприятие).

Рассматриваемое в единстве этих трех сторон общение выступает как способ организации совместной деятельности и взаимоотношений включенных в нее людей. Знание закономерностей общения и развитие навыков и способностей общения особенно важны для медицинского работника. Существует единство совместной деятельности и общения. В совместной деятельности человек должен, по необходимости, объединяться с другими людьми, общаться с ними. Устанавливать контакт, добиваться взаимопонимания, получать должную информацию, сообщать ответную и т.д. В данном случае, общение выступает как сторона, часть деятельности, как важнейший ее информативный аспект, как коммуникация (общение первого рода). Создав предмет (сконструировав прибор, высказав мысль, произведя вычисления, починив машину и т.д.) в процессе деятельности, уже включившей общение как коммуникацию, человек этим не ограничивается, через созданный предмет «транслирует» себя, свои особенности, свою индивидуальность другим людям. Данный предмет (построенное здание, точная поэтическая строка, посаженное дерево, выточенная деталь, написанная книга, сочиненная или исполненная песня) — это, с одной стороны, предмет деятельности, а с другой — средство, с помощью которого человек утверждает себя в общественной жизни.

В общении человек постоянно учится отделять существенное от несущественного, необходимое от случайного, переходить от образов единичных предметов к устойчивому отражению их общих свойств в значении слов.

Общение в диаде

Если общение это процесс, включающий обмен информацией, взаимодействие и взаимопонимание, то общение в диаде рассматривает все эти три составляющие общения применительно к двум партнерам общения.

Структура диалога

Структура диалога включает следующие элементы:

- установка на сообщение;
- сообщения (его содержания и своего отношения к сказанному);
- порождение у общающихся отношений друг к другу;
- ответная реакция слушающего, направленная на содержание услышанного и на отношение говорящего к сказанному им.

На примере диалога показана тесная взаимосвязь различных сторон общения (коммуникативной, интерактивной и перцептивной) в процессе его реального осуществления.

Личностно-ориентированное общение

Личностно-ориентированное побуждается потребностями интимного (личностного) характера.

Внутригрупповое общение

В любой организации происходит разделение труда по горизонтали (подразделения) и по вертикали (уровни управления). Основная функция такого структурирования - выполнение конкретных задач, стоящих перед организацией, и достижение определенных целей.

Каждый человек в организации занимает несколько позиций. Каждая из этих позиций, предполагающая определенные права и обязанности, называется *статусом*. Человек может иметь несколько статусов (в системе *официальных* и системе *неофициальных* отношений). Социальный статус обозначает конкретное место, которое занимает индивид в данной социальной системе. Социальный статус отражается как во внешнем поведении и облике (одежде, речи и др.), так и во внутренней позиции (в установках, ценностных ориентациях, мотивации и пр.).

Медицинский персонал среднего звена на протяжении длительного времени находится в непосредственном контакте с пациентами, поэтому они могут оказывать на больного и положительное, и отрицательное влияние. Разумеется, задача медперсонала – максимально избегать ненужных негативных психологических воздействий на больных и всемерно способствовать созданию психологического климата, благоприятно влияющего на процесс выздоровления.

Для эффективного и бесконфликтного взаимодействия с пациентами необходимо наличие такого психологического параметра, как коммуникативная компетентность – способности устанавливать и поддерживать необходимые контакты с людьми, которая подразумевает достижение взаимопонимания между партнерами по общению, осознание ситуации и предмета общения. Некомпетентность в общении способна нарушить диагностический и лечебный процесс.

Выделяют следующие характеристики медработника, предрасполагающие к успешному общению с больным:

- 1) эмпатия;
- 2) акцептация (безусловное принятие больного);

3) аутентичность, или самоконгруэнтность (естественность поведения, согласованность чувств и их выражения, искренность).

4) Процесс общения с больным начинается с выбора определенной дистанции взаимодействия, которая должна быть такова, чтобы пациент мог чувствовать себя комфортно и безопасно. На этот выбор оказывают влияние такие факторы, как:

- принадлежность к определенной культуре;
- социальный статус;
- психологические установки;
- возраст участников общения;
- наличие или отсутствие психологического напряжения.

В общении медицинской сестры с пациентами в процессе установления с ними определенных отношений И. Харди выделяет три этапа, характерных для условий стационарного лечения:

1) ориентация;

2) развернутый этап (может иметь место сотрудничество в процессе лечения);

3) выписка, связанная с чувством утраты защищенности у больного.

На первом, начальном, этапе происходит ориентация: больной и медработник знакомятся друг с другом. И хотя больной погружен в свои проблемы, но в интересах приспособления к новой ситуации он вынужден вступать в контакт с окружающими его лицами, принимать во внимание специфику больничной обстановки, считаться с принятыми правилами. В свою очередь сестра и врач получают представление о поведении пациента, особенностях его характера, переживаниях, целях, что очень важно для дальнейшей работы.

На втором, развернутом, этапе пациент и медицинский персонал уже знакомы друг с другом, и дальнейшее развитие их отношений зависит от сложившегося уровня взаимодействия. Состояние больного в период госпитализации во многом зависит и от перемен, которые происходят с ним вследствие болезни (появление страха, неуверенности, болезненных фантазий, придирчивости). Поддержка пациента, положительные перемены в состоянии здоровья, доверительные отношения с медицинским персоналом являются теми факторами, которые приносят в сознание больного чувство оптимизма, надежду на благоприятный исход, выздоровление.

На завершающем этапе (при выписке больного) возникают трудности. Пациенту приходится покинуть место, где он защищен от опасности, и это вызывает у него беспокойство. Состояние неуверенности усугубляет опасения, сможет ли он полноценно включиться в обыденную жизнь, работу, вернуться в семью. Важно заранее подготовить больного к выписке, помочь ему осмыслить варианты последующих действий. Задачи врача и медицинской сестры заключаются также в психологической подготовке родственников и близких больного к тому, как поддержать выписываемого и что делать в той или иной ситуации дома.

Негативные эмоциональные переживания, связанные с болезнью, неизбежно оказывают влияние на общение медработника и больного. Большую роль в процессе взаимодействия с пациентом играют восприятие и понимание участниками коммуникации друг друга, их психологическая установка, которая определяется рядом эффектов.

Эффект «ореола». Характеризуется формированием мнения о частных свойствах и качествах человека на основах общих впечатлений о нем, следствием чего квалификация медработника может восприниматься пациентом в зависимости от его «солидарности», использования им в речи научных терминов, которые сами по себе не могут являться признаками его профессиональных умений.

Эффект «последовательности», или «авансирования». Приводит к тому, что суждения о человеке зависят от сведений, полученных о нем в первую очередь, и определяют отношение к нему в дальнейшем. Так, восприятие медсестры нередко строится на основании тех сведений, которые были получены пациентом, к примеру, от соседей по палате, других сестер, из разговоров врачей.

Эффект «проецирования на других людей собственных свойств». Позитивная установка на восприятие медицинской сестры может быть обусловлена ее размеренной манерой говорить, неторопливо проводить осмотр или манипуляции, а негативная – чересчур шумной манерой поведения.

Считается, что сложные межличностные ситуации, в том числе и возникающие между медицинским работником и пациентом, в первую очередь определяются затруднениями в общении. Если затруднение несет в себе интенсивный заряд отрицательных эмоций для одного или всех участников, задействованных в ситуации, то его можно назвать конфликтом. Конфликты являются неотъемлемой частью межличностного общения. В определенном смысле их можно расценивать как нормальное явление жизни.

Конфликтными считаются такие отношения между двумя взаимозависимыми людьми, при которых один из них или оба чувствуют гнев в отношении другого и считают, что именно другой виноват в этом.

Тесты для оценки уровня знаний студентов

1. Конгруэнтное, эффективное поведение терапевта включает в себя все, кроме:

- достаточного уровня присоединения к собеседнику
- визуального контакта
- адекватного языка жестов
- + апперцепции
- невербального и вербального следования рассказу собеседника

2. Для продуктивного контакта при беседе с пациентом достаточно присоединения до уровня

- формального контакта
 - близости
 - + продуктивного контакта
 - отгороженности
3. Анализ визуального контакта в процессе клинического интервьюирования позволяет оценить:
- уровень интеллекта
 - индивидуально-психологические особенности
 - состояние сознания
 - особенности волевой деятельности
 - + нейропсихологические особенности
4. Коммуникация - это:
- воздействие на партнера
 - взаимное ориентирование на совместную деятельность
 - + обмен информацией, настроениями, эмоциями
 - приобретенные способности
 - черты характера
5. Коммуникативная компетентность врача повышается с развитием такого качества, как:
- ригидность;
 - агрессивность;
 - + способность к эмпатии;
 - тревожность.
6. Коммуникативная компетентность врача снижается под воздействием следующих свойств:
- эмпатия;
 - + повышенная тревожность;
 - уверенность поведения;
 - сенситивность.
7. Первое впечатление больного о враче:
- + складывается в первые 18 секунд знакомства;
 - формируется в течение первой встречи врача и больного;
 - складывается постепенно, по мере того, как они лучше узнают друг друга;
 - неустойчиво и быстро корректируется под влиянием других впечатлений.
- ?
8. Ощущение психологического контакта дает элемент невербального общения:
- + взгляд в глаза;
 - жест приветствия;
 - поворот корпуса тела и головы в сторону больного;
 - кивок головой.
9. В профессиональном общении врача с больными предпочтительны позы:
- симметричные;
 - + естественные симметричные;

- естественные асимметричные закрытые;
- естественные асимметричные открытые.

10. Активная жестикуляция больного чаще всего связана с:

- астенизацией больного;
- + высоким уровнем тревоги;
- ипохондрическими переживаниями;
- поведением симуляции.

Уровни конфликта

Стычки. Под стычками подразумеваются незначительные конфликты, которые разрешаются или исчезают сами по себе и не влияют на способность отношений удовлетворять потребности участников. Примером может служить ситуация, когда пациент, несмотря на сделанное замечание, вновь опоздал на процедуру. Это вызывает у медработника раздражение, однако если напоминание сказанного ранее приводит все в соответствующий порядок, то конфликтная ситуация разрешается.

Столкновения. Столкновение, если им пренебрегать, снижает способность отношений удовлетворять потребности участников. К признакам конфликта этого уровня можно отнести:

- продолжительное повторение одних и тех же аргументов по одному и тому же поводу;
- расширение круга причин, вызывающих ссоры;
- уменьшение желания сотрудничества;
- уменьшение веры в доброе отношение другого;
- раздражение по поводу чего-либо в течение нескольких часов или дней.

Как столкновение можно расценить ситуацию, в которой медсестре приходится неоднократно исправлять ошибки напарницы по смене, при том, что последняя не изменяет своего поведения в ответ на все замечания, а воспринимает их как результат придирчивости, проявления недоброжелательности.

Кризисы. Кризис – это такой уровень конфликта, который угрожает дальнейшему продолжению отношений. К критериям кризиса относятся: решение окончательно прервать взаимодействие; опасение, что другой разорвет отношения в одностороннем порядке; чувство, что отношения носят нездоровый характер, и опасение эмоционального срыва в случае их продолжения; боязнь физического насилия.

Виды конфликтов.

Реалистические (предметные) конфликты. Они вызываются неудовлетворением требований и ожиданий участников, а также несправедливым, по их мнению, распределением каких-либо обязанностей,

преимуществ и направлены на достижение конкретных целей. Поводом для конфронтации может служить поведение медицинского персонала (грубость, неучтивость), характер проведения процедур (нерегулярность, халатность), санитарно-гигиенические условия медицинского учреждения (грязь, шум, запах), неправильная диагностика или ошибочно назначенная терапия.

Беспредметные (нереалистические) конфликты. Они имеют своей целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обид, враждебности, когда острое конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью. Этот тип конфликта нередко обусловлен предвзятым отношением пациента к медицинской службе в целом и конкретному медику в частности.

Причины конфликтов

Барьер целей. Цели общения для каждого участника могут носить осознаваемый, неосознаваемый и смешанный характер. Трудности возникают тогда, когда участники общения преследуют противоположные или несоотносимые друг с другом цели. В ситуации общения медсестра – больной причиной конфликта может быть игнорирование или непонимание потребности пациента в получении поддержки, признания его индивидуальности, уважении. Нередко, наоборот, медицинский работник ждет аналогичного отношения со стороны пациентов и, не получая его, оказывается в состоянии фрустрации, что может стать источником конфликта.

Барьер правил общения. Правила общения представляют собой общепринятые понятия, убеждения, предписания, направленные на осознание определенных границ, в которых строится общение. К ним могут быть отнесены условия режима, распорядок лечебного учреждения, порядок отпуска процедур, посещения кабинетов. Некоторые из них необходимы и конструктивны, другие не имеют под собой реально обоснованной почвы. Навязывание правил общения одним участником другому, в частности медсестрой, без достаточного на то основания, а лишь потому, что так принято, способно создать ситуацию конфликта.

Барьер ролей. Ролевое поведение зависит от воспитания, социальных, культурных, религиозных традиций. То, какую роль и как играет человек, во многом определяется его темпераментом, характером, широтой личности. Человек, ограничивающий свой ролевой репертуар ролью властного руководителя, при общении склонен игнорировать интересы другого человека. Роль медсестры обязывает к пониманию и состраданию.

Барьер понятий и совместного владения знаниями. В медицинской практике этот барьер нередко является причиной психического напряжения и ятрогении. Заключается он в использовании при общении с пациентом медицинской терминологии, незнакомой больному. К примеру, пациент спрашивает, какую процедуру ему будут производить завтра. Медицинский

работник отвечает: «Спинально-мозговую пункцию». В понимании больного это означает, что у него будут «брать спинной мозг», что, конечно, вызывает напряжение, а возможно, и отказ от процедуры и, как следствие, ситуацию конфликта. Этот барьер может возникать при назначении лекарств, процедур без необходимого предварительного согласования с больным, при неправильном информировании пациента, например неадекватном объяснении характера заболевания.

Профилактика конфликтов

В условиях общения с больными и их родственниками медицинской работник в первую очередь обязан думать об интересах своих пациентов, стремиться понять и по возможности помочь реализовать их цели, потребности, принять их представления, создать для них возможность придерживаться необходимого для лечения стереотипа поведения. Безусловно, это должно происходить в рамках общепринятых социальных норм, установленных обществом для системы медицинского обслуживания. Если интересы больного выходят за пределы этих норм (требование особых благ, особого отношения, полного подчинения его капризам, грубость), то медицинскому персоналу необходимо пытаться находить корректные, адекватные, тактичные способы пресечения такого поведения или объяснения пациенту неправильности его поступков. Грубые выяснения отношений, обвинение больных в своих профессиональных трудностях, игнорирование их желаний и точки зрения неприемлемы для медицинского работника. Важным условием профилактики конфликтов является отказ от ложных рефлексов и иллюзий. К рефлексам, которые не приносят положительного конечного результата в межличностном общении, относят «бегство» (от решения проблемы) и «нападение» (попытка уничтожить соперника). Иллюзии включают в себя:

- иллюзия «выигрыша – проигрыша» - «если не победил, значит проиграл», обуславливающая стремление добиться своего любой ценой;
- иллюзия «самооправдания» - предубеждение в свою пользу;
- иллюзия «плохого человека» - если кто-то поступает не так, как мне бы хотелось, значит, он плохой;
- иллюзия «камня преткновения» - неразрешимости противоречий.

Психология общения с микросоциальным окружением больного

Социально-психологические факторы являются детерминантой адаптации к болезни. В их числе – социальная поддержка со стороны семьи и друзей, которая положительно сказывается на выживаемости больных. Немаловажное место в профессиональной жизни среднего медицинского персонала занимает взаимодействие с родственниками больных. Болезнь и лечение – это проблема не только самого больного, но и его близких, поскольку она затрагивает все стороны жизни: ведет к изменению материального благосостояния, ограничению физических, в том числе

нередко сексуальных возможностей, личностной трансформации больных. Психологический климат в семье существенно сказывается на психологической адаптации больных. Известно, что адекватное реагирование родных и близких способствует успешной психической адаптации пациента к заболеванию, в том числе четкому соблюдению лечебного режима. Наличие тревожного супруга способствует развитию тревоги у больного, а конфликтность отношений в семье обуславливает агрессивность больных. Люди, живущие в семьях с жесткого фиксированными ролями, хуже адаптируются к больничной обстановке. В этих случаях можно ожидать развития депрессии.

Усилия среднего медицинского персонала должны быть направлены на формирование адекватной позиции родственников больного по отношению к болезни и лечению. В задачи медицинской сестры входит обучение родственников правильному уходу за больным, демонстрация гигиенических мероприятий, профилактике пролежней у обездвиженных больных и т.п.

Информация, сообщаемая родственникам, не должна идти во вред пациенту, поэтому медработник обязан всегда согласовывать ее объем с лечащим врачом. Максимальная осторожность необходима при сообщении каких-либо сведений о больных по телефонным запросам, целесообразнее пригласить интересующихся в лечебное учреждение, чтобы выяснить характер их взаимоотношений с больным. Нередко пациенты и их родственники интересуются прогнозом заболевания, объемом и технической стороной операции, фармакологическими качествами препаратов, возможными осложнениями заболевания. Такие вопросы лучше корректно переадресовывать лечащему врачу или согласовывать с ним возможные варианты ответов.

Особенности межличностных отношений в медицинском коллективе. В каждом медицинском коллективе складываются свои межличностные отношения, типичные только для него. В основе психологического настроения коллектива важную роль играют формальные и неформальные отношения. При построении хороших взаимоотношений в медицинских коллективах и бригадах скорой помощи необходимо учитывать психологическую совместимость их сотрудников, под которой понимается наиболее благоприятное сочетание психических свойств членов группы, обеспечивающее успех в выполнении поставленных задач, и чувство удовлетворения от совместной работы. Психологическую совместимость обеспечивают взаимная симпатия, общность взглядов, убеждений, интересов, а также отсутствие эгоистических устремлений членов коллектива. Несовместимость возникает тогда, когда в группе есть назойливые, замкнутые, неуживчивые люди. От взаимоотношений сотрудников зависят их настроение и психологический климат в коллективе.

Сплоченность и взаимопомощь необходимы в каждом коллективе, но особенно важны в медицинском, поскольку от его успешной деятельности зависит сохранение здоровья и даже жизни людей.

Авторитетом у больных пользуются те медицинские работники, у которых профессиональная подготовка сочетается с развитым чувством долга, моральными и человеческими качествами. Не каждый больной понимает целесообразность тех или иных лечебных процедур, однако любой из них испытывает потребность в дружеском сочувствии, теплых словах, поддержке. Поэтому некоторых опытных, но недостаточно контактных и тактичных медиков пациенты оценивают низко. Стиль поведения медицинской сестры, включающий живое участие в судьбе пациента, повышает ее авторитет. Таким образом, от сложившихся взаимоотношений между сотрудниками медицинских учреждений зависит не только эмоциональный настрой и подход к работе, но и здоровье больных.

Вопросы для самоконтроля:

1. Понятие общения. Уровни общения.
2. Расскажите об эффектах конфликтных ситуаций.
3. Уровни конфликта. Виды конфликтов. Причины конфликтов.
4. Общение с родственниками пациента. Профилактика конфликтов.

Ситуационные задачи для оценки исходного уровня знаний

1. Диагностическая задача

Больной 43 года, шахтер, женат, семья благополучная. В прошлом ничем не болел. На второй день после приема алкоголя в гостях (вообще алкоголем не злоупотребляет), почувствовал неприятные ощущения в области сердца. Жена посоветовала обратиться к цеховому врачу. Отработав смену, пришел на прием к врачу. Была сделана ЭКГ, врач посоветовал немедленно отправиться в кардиологический стационар на машине скорой помощи. Больной около часа ждал в приемной, «скорая» не приехала, врач сказала, чтобы больной шел домой, а завтра сам добирался в стационар, и дала направление с диагнозом «Инфаркт миокарда». Больной обследовался 3 недели в кардиологическом стационаре, диагноз не подтвердился и больной был выписан на работу. Но с этого времени начал прислушиваться к ощущениям в области сердца, считал пульс после физических нагрузок. Стеснялся своей мнительности, но не мог избавиться от тревожных опасений за свое здоровье. **Вопрос - В чём состоит ошибка врача?**

2. Контрольные вопросы для исходного уровня знаний

1. Что такое этика?
2. Что такое гуманизм?
3. Что такое компетентность?
4. Сфера деятельности специалиста в медицине.
5. Сущность профилактики заболеваний в медицине.
6. Принципы здорового образа жизни.

3. Тесты для оценки уровня знаний студентов

1. Постыжение эмоционального состояния другого человека в форме сопереживания называется:

- апперцепцией
- рефлексией
- интуицией
- + эмпатией
- симпатией

2. Непосредственное постижение истины без логического обоснования называется:

- эмпатией
- симпатией
- + интуицией
- рефлексией
- апперцепцией

3. Устойчивое одобрительное отношение человека к другим людям называется:

- + симпатией
- интуицией
- апперцепцией
- рефлексией
- эмпатией

4. Конгруэнтное, эффективное поведение врача включает всё кроме:

- достаточного уровня присоединения к пациенту
- визуального контакта
- адекватного языка жестов
- + рефлексии
- невербального и вербального следствия рассказу собеседника

5. Коммуникация - это:

- воздействие на партнера
- взаимное ориентирование на совместную деятельность
- + обмен информацией, настроениями, эмоциями
- приобретенные способности
- черты характера

6. Интеракция – это:

- проникновение
- +взаимодействие
- агрессия
- внутренние переживания
- галлюцинация

6.Эмпатия — это:

- +способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию;
- склонность к повышенному настроению;
- склонность испытывать чувство вины;
- потребность в эмоциональной поддержке со стороны окружающих людей.

7. Профессиональная адаптация заключается в:

- отработке практических навыков;

- повышении уровня знаний;
- установлении эмоциональной дистанции с больными;
- + совершенствовании профессионализма, установлении адекватной эмоциональной дистанции с больными, формировании индивидуального врачебного «имиджа».

8. Конформность – это:

- +подверженность человека групповому воздействию
- агрессивность в общении
- пассивность в общении
- эгоцентрическая позиция
- сопереживание другому человеку

9. Аффiliation — это:

- способность к сочувствию, сопереживанию;
- +стремление человека быть в обществе других людей;
- потребность в достижениях;
- склонность испытывать эмоцию тревоги.

7. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ И ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Консультирование асоциальных личностей

Асоциальность — это одно из самых сложных и прогностически неблагоприятных личностных расстройств, которые проявляются не столько различными симптомами, сколько нарушением поведения. Прежде это нарушение диагностировалось как «психопатическая личность» или «социопатическая личность» (термины, еще и теперь встречающиеся в литературе). Социопаты плохо социализированы, они живут во имя удовлетворения своих инстинктивных потребностей, не обращая внимания на нормы морали, требования общества, поэтому склонны постоянно нарушать правила и законы общежития, не считаясь с возможным наказанием.

Асоциальную личность не следует смешивать с лицом, ведущим себя асоциально вследствие внутренних невротических конфликтов. Невротик переживает вину из-за своего поведения, что абсолютно чуждо асоциальной личности.

Хотя признаки асоциального поведения могут проявиться задолго до отроческих лет, именно в юности асоциальность особенно заметна и выражается в агрессивности, беспорядочном сексуальном поведении и механическом взгляде на секс, в склонности к употреблению алкоголя и наркотиков.

Консультант должен знать, что асоциальная личность — это не просто другой человек. Она кардинально отличается от других — отношением к

себе и другим людям, целями жизни. MacKinnon и Michols (цит. по: Kennedy, 1977) указывают:

Асоциальная личность смотрит на других людей как на источник опасности или наслаждения, не обращая внимания на их безопасность, удобства, удовольствия. Она переживает собственные побуждения как неотложные и неумолимые, откладывая реализацию которых или замена чем-либо другим немислимы. Удовлетворение побуждений ведет к распушенности, состоянию пресыщения, но не к переживанию счастья с присущим ему чувством повышения самоуважения".

Асоциальная личность нетерпелива, ориентирована на сиюминутное удовольствие, руководствуется непосредственными побуждениями и не в состоянии терпеть задержку в удовлетворении потребностей. Она может украсть потому, что в данный момент не имеет с собой денег или просто не хочет утруждать себя получением желаемого законным способом. От асоциальных действий не удерживает и угроза наказания. Импульсивности в удовлетворении потребностей сопутствуют приступы агрессивности в ситуациях фрустрации. Из-за отсутствия эмпатии агрессивным реакциям бывают, свойственны жестокость, даже садизм.

Асоциальная личность не способна завязывать тесные межличностные отношения. Дружба требует от людей чуждых ей качеств. Асоциальные индивиды могут только брать от других, но ничем не хотят жертвовать, и это порождает семейные неурядицы. Они ориентируются исключительно на себя и не воспринимают других людей как имеющих права и чувства. Другие люди для них только средство достижения собственных целей. Асоциальная личность нередко паразитирует на окружающих, используя свою внешнюю привлекательность. В силу перечисленных причин консультанту трудно проявлять эмпатию к таким клиентам, а их неспособность установить близкие и осмысленные отношения препятствует получению пользы от консультирования и психотерапии. Однако, принимая во внимание бесконечную мелочность чувств асоциальной личности, консультант не должен поспешно обвинять себя, когда не удается наладить с ней эмоциональный контакт.

Асоциальные личности редко попадают к консультанту по собственному желанию. Обычно их направляет школа или другие организации, поэтому консультанту сначала следует выяснить причины прихода клиента на консультирование. Устанавливать контакт с асоциальными клиентами, как упоминалось выше, очень трудно, потому что они приносят свой повседневный стиль жизни и общения в консультирование. С самого начала консультирования такие клиенты имеют склонность обманывать консультантов, особенно неопытных, своим внешним обаянием и мнимой доброжелательностью, умением подольститься. Консультант в стремлении помочь может перестараться и сделаться объектом манипуляции клиента. В этом смысле для неопытного консультанта асоциальная личность представляет опасность.

По мнению Coleman (Kennedy, 1977), асоциальная личность имеет склонность избегать ответственности за неприемлемое поведение за счет рационализации и перекладывать вину на других (проекция). Продолжительное общение с таким человеком всегда начинает вызывать неудовлетворенность, напряжение и раздражение.

При работе с асоциальными клиентами консультанту очень важно в любой момент идентифицировать свои чувства и полагаться на них, потому что это единственное средство избежать манипуляций со стороны клиента и выполнять работу, не обращая внимания на большие трудности.

Консультирование истерических личностей

В одном из словарей по психиатрии (Slavney, McNeigh, 1978; цит. по: Storr, 1980) поведение истериков характеризуется следующим образом: "Истерическая личность отличается преобладанием потребности нравиться окружающим и стремлением преодолеть страх, что не удастся привлечь внимание. Это проявляется в неустанной активности, драматизации, лживости, в соблазняющем, а иногда открыто сексуально провоцирующем поведении, в незрелой и нереалистичной зависимости от других".

Истерики, стараясь выглядеть привлекательными, затрачивают бесконечно много энергии и представляют себя в самом драматичном свете. Это, кстати, делает их интересными клиентами. Они "подкупают" консультанта готовностью говорить о своих переживаниях. Правда, эти переживания обычно бывают художественно преувеличены. Суть не в том, что истерики говорят, а в их манере говорить. Не случайно MacKinon и Michels указывают, что "начинающие консультанты беседу с истерической личностью считают одной из самых легких, а опытные специалисты — одной из самых трудных". Истерическая личность представляется очень интересной и привлекательной только на первый взгляд. На начинающего консультанта обычно производят впечатление ее живость, манера речи, внутреннее тепло, кажущиеся серьезными намерения заняться решением своих проблем. Тем не менее работа с такими клиентами не столь легка, как первоначально представляется. При глубоком рассмотрении выясняется, что истерики не такие уж эмоционально богатые личности, а их намерения в отношении консультирования отнюдь не однозначны.

Истерические особенности формируются в раннем возрасте. Примером может служить ребенок, добивающийся внимания родителей и постоянно терпящий в этом неудачу. Когда родители игнорируют потребности ребенка во внимании и любви, ребенок начинает драматизировать свои потребности. Чем более "глухи" родители, тем громче он кричит, желая быть услышанным. Для достижения своих целей ребенок использует широкий спектр поведенческих форм — от слез до болезни. Сходные формы поведения взрослых уже считаются истерическими.

Истерическая личность, когда ей не удается понравиться окружающим, готова использовать все возможные маски и роли, которые, по ее мнению, приемлемы. Так теряется личностная идентичность, внутренний стержень, создающий чувство "подлинного я". Таким образом, происходит подмена реальной жизни инсценировками.

Истеричные клиенты в консультировании пытаются воспользоваться своими качествами, особенно с консультантом противоположного пола (классический вариант — женщина-клиент и мужчина-консультант). Обычно они добиваются придания контакту эротической, сексуальной окраски. Однако такое поведение истеричной клиентки довольно специфично — если консультант выказывает хоть незначительный интерес эротического характера, она сейчас же отступает, объясняя, что совсем другое имела в виду. Истерическая личность на самом деле не осознает воздействия своего поведения, поэтому окружающие часто чувствуют себя обманутыми, фрустрированными. Между прочим, это традиционный стереотип поведения истерической личности в жизни. Такой постоянный отказ принять на себя ответственность за провоцирующий флирт исключает нормальные отношения с лицами противоположного пола. Истерическая личность только производит впечатление теплоты и легкости в общении. В действительности она постоянно испытывает проблемы в подлинной любви и интимных привязанностях.

Эротический оттенок поведения истерической личности вовсе не означает, что клиентка жаждет близости — она не знает, что делать с реальной интимностью. Невербальные сигналы служат ей только как заменители настоящей физической близости. Истерическая личность постоянно ищет любви, однако не умеет создавать зрелые отношения.

Еще одна особенность истерического поведения, встречаемого в консультировании, — представление себя в качестве бессильного и зависимого существа, жаждущего заботы и внимания со стороны сильной отеческой фигуры. Консультанта в таких случаях пытаются превратить в заместителя отца. Истеричной клиентке в сущности не нужен любимый, ей нужен хороший отец. Вот почему она бывает шокирована, дождавшись соответствующих реакций на свое провоцирующее поведение. Представление себя в роли ребенка, требующего опеки, очень характерно для истерика.

Следует отметить, что по отношению к лицам своего пола истерическая личность зачастую антагонистична и склонна к соперничеству, она усматривает в других женщинах конкуренток в борьбе за внимание окружающих.

Поведение истерической личности может провоцировать у консультанта контрперенос. Поэтому консультант, работая с такими клиентами, должен постоянно контролировать свои чувства.

Истерики чаще всего обращаются с проблемами, связанными с семейными отношениями и сексуальной жизнью. Проблемы кроются в

нежелании жертвовать собой в отношениях любого характера. Несмотря на внешнюю сексапильность, большинство истерических личностей не способны к нормальной сексуальной реализации. Женщины, как правило, жалуются на фригидность, которая является реакцией на страх перед своей сексуальностью. Мужчины-истерики нередко страдают импотенцией и склонны к гомосексуализму.

Истерические личности используют различные формы психологической защиты, которые консультанту надо знать. Довольно характерно вытеснение пробудившейся сексуальности. В результате недостает сексуальных переживаний, из памяти исчезают некоторые события. Истерические личности имеют склонность к фантазированию - только в воображаемом мире они получают много любви и внимания. Символическое удовлетворение потребностей более приемлемо, потому что мало затрагивает таящиеся в бессознательном конфликты. У истериков действительность часто смешивается с фантазией; они верят в свои выдумки. В их поведении обычна и регрессия в сочетании с отрицанием, которое позволяет не отдавать себе отчета в смысле собственного поведения.

Для большинства истеричных клиентов, особенно женщин, характерна долгая история лечения у многих врачей. Как известно, при истерическом неврозе часто встречается феномен конверсии, ставший известным по описанию З. Фрейда. В этом случае внутренний психологический конфликт выражается телесным симптомом, который становится его символом. Поэтому истерические личности непрерывно лечатся от самых разных соматических нарушений. Обычно конверсионные симптомы принимают форму потери чувствительности: анестезия конечностей, слепота, глухота и т.п. Большинство истеричных клиентов во время консультирования очень эмоционально рассказывают свой анамнез.

Говоря о невротических симптомах, важно подчеркнуть их вторичную выгоду для клиента. Эту выгоду клиент не осознает или осознает лишь частично. Истерические симптомы служат трем основным целям:

- a. "наказывают" лиц, к которым клиент испытывает враждебность;
- b. помогают клиенту избежать неприятных, пугающих, потенциально унижающих ситуаций;
- c. помогают возбудить симпатию окружающих или обратить на себя их внимание.

Поэтому нередко возникает очевидное противоречие между высказанными клиентом желаниями и чувствами и тем, о чем говорят его симптомы. Это противоречие вызывает у консультанта подозрение, что клиент неискренен и симулирует. Разобраться в ситуации консультанту помогает его интуиция, которую не следует игнорировать. Полагаясь на интуицию, можно не только идентифицировать истеричных клиентов, но и избежать разнообразных ловушек, таящихся в работе с ними.

Консультирование при параноидальных расстройствах

В наше время параноидальные проявления, согласно утверждению Kennedy (1977), встречаются немногим реже тревожных состояний. Популярное прежде выражение: "Не комплексуй!" все чаще заменяется советом: "Не будь паранойяльным". Это значит — не проявляй подозрительности и эгоцентричности. Данные черты по существу характеризуют основные параноидные синдромы — манию преследования и манию величия. Характерная для паранойяльной личности склонность к этим маниям обуславливает неспособность к завязыванию связей с другими людьми и социальную отстраненность, а также отражает диффузность личностной идентичности, когда человеку становится трудно различать, что относится к собственной личности, а что — нет.

Суть мании преследования — подозрение окружающих в злонамеренности. Поэтому параноик много времени тратит на выявление "врагов", следящих за ним, подслушивающих его разговоры и т.п. Таким "врагом" может стать как отдельный человек, так и группа людей. С этой манией связана и очень часто встречающаяся ревность. Подозрение супруга в неверности — очень плодотворная почва для возникновения параноидальных страхов.

Мания величия проявляется в приписывании себе прежде не замечаемых талантов и способностей. Параноики такого типа обычно выдают себя за изобретателей, работы которых призваны разрешить глобальные проблемы мира, или творцов мессианских теорий, способных спасти мир. Иногда паранойя проявляется в эротомании, когда человек думает, что он влюблен, и стремится соблазнить лицо противоположного пола.

Психодинамически параноик хотя и сильно желает близости с другими людьми, но боится оказаться обманутым. Это служит главной причиной подозрительности. Тем самым параноик, боясь быть отвергнутым, сам всех отталкивает, что обусловлено его враждебностью.

Консультант, встретившись с параноидным клиентом, должен быть готов к его недоверию и враждебности. Такие клиенты постоянно "проверяют", насколько можно доверять консультанту. Недоверие и враждебность довольно неприятны, и их преодоление является важнейшим условием в работе с параноидными клиентами. Прежде всего консультант должен иметь в виду, что параноики сходным образом ведут себя со всеми людьми. Соответствующее понимание помогает консультанту сохранить самообладание, не прибегать к чрезмерной защите и не стараться "победить" клиента. Работая с параноидными клиентами, следует соблюдать определенную дистанцию, потому что слишком быстрое или чрезмерно глубокое "вторжение" вызывает у них неприязнь.

Неопытный консультант может начать дискутировать или спорить с параноиком по поводу обоснованности его маний, пытаясь призвать на помощь логические аргументы. Дискуссия бессмысленна, поскольку

параноидному клиенту чужд язык логики. В общении он пользуется параноидальными метафорами. Наконец, в задачу консультанта не входит определение правдоподобности высказываемых клиентом целей. Значительно важнее сам факт наличия мании и уверенность клиента в своей правоте.

В любом случае консультант должен помнить, что он столкнулся не с манией, которую надо устранить, а с человеком, "породившим" эту манию.

Консультирование обсессивных личностей

Обсессивной личностью называют человека с обсессивными или компульсивными чертами. Обсессия — это постоянное повторение нежелательной, навязчивой мысли, от которой невозможно избавиться волевым усилием. Компульсия — это повторяющееся навязчивое побуждение к выполнению какого-либо действия или серии действий. Серия навязчивых действий обычно носит ритуальный характер. Осуществление навязчивости позволяет индивиду избежать приступов тревожности. Хотя в некоторых диагностических системах выделяется обсессивно-компульсивный невроз, однако трудно провести грань между нормой и патологией.

Salzman (1968) указывает три основных проявления обсессивно-компульсивного синдрома:

1. Навязчивости не обусловлены никакими рациональными потребностями.
2. Осуществление навязчивостей в силу их чуждости вызывает дискомфорт и (или) соматические нарушения.
3. Индивид понимает паралогичность навязчивых мыслей и поступков, однако не может им воспрепятствовать.

Обсессивной личности свойственны определенные социально ценные черты: старательность, надежность, самоконтроль, честность. С другой стороны, Freud при описании личности со склонностью к обсессивным симптомам указывает на обязательную комбинацию трех черт: педантичности, скупости и упрямства. Эту комбинацию он называет "анальным характером".

McNeil (1970) описал типичные особенности стиля обсессивно-компульсивной личности:

- a. когнитивная ригидность — обоснование взгляда на жизнь негибкими, формальными социальными установками, или явно догматичный стиль мышления;
- b. приверженность к напряженной активной деятельности без расслабления и отдыха;
- c. неуверенность в принятых решениях, откладывание решений из-за боязни ошибиться;

d. постоянная озабоченность, что без нее работа не может быть выполнена надлежащим образом;

e. искажение действительности, проявляющееся в крайней озабоченности по поводу непредсказуемых событий, например возможной болезни.

Обсессивная личность обычно обращается за помощью не вследствие специфических проблем, а в силу напряжения и тревожности в межличностных отношениях или семейной жизни. Обсессивно-компульсивные симптомы могут составлять лишь незначительную часть жалоб такого клиента.

Консультанту необходимо разобраться в особенностях обсессивной личности, чтобы избежать ошибок в работе с обсессивными клиентами и понимать собственные реакции при встречах с ними.

Важнейший неосознанный внутренний конфликт, обсессивной личности — это борьба между послушанием и непослушанием, между желанием угождать и стремлением сопротивляться авторитетам.

Обсессивная личность отличается излишней склонностью к самоконтролю и контролю над окружением. Она опасается внешнего мира и собственных побуждений. Как отмечает Salzman (1968), человек обсессивного типа "испытывает потребность контролировать себя и свое окружение, чтобы преодолеть чувство бессилия". Вероятность собственной некомпетентности, недостаточной информированности, неспособности уменьшить риск возбуждает сильную тревожность.

Неспособность к самоконтролю, а конкретнее к контролю своих агрессивных побуждений порождает утрированное послушание или, как утверждает Storr (1980), склонность к тирании по отношению к другим. Крайнее послушание приводит к уничтожению индивидуальности. При первом варианте защитной реакции обсессивная личность проявляет тенденцию к конформизму. Она выбирает зависимость от человека, способного указать, как жить. Первенство, следовательно, отводится безопасности, а не удовлетворению жизнью. Такой клиент обычно подчиняется консультанту и легко соглашается со всеми его предложениями. Он постоянно выражает консультанту благодарность за помощь и переживает из-за того, что может доставлять ему неудобства.

Другим вариантом неудачного самоконтроля, как упоминалось, является склонность к доминированию, придирчивая критичность. Человек становится трудно уживчивым, особенно в семье. Невозможность полностью контролировать других людей возбуждает злость, которая в межличностных отношениях проявляется как иррациональная тирания. В консультировании обсессивная личность этого типа использует в качестве самозащиты нападение, например, объясняет консультанту, что он должен говорить, комментирует его профессиональные действия, делает замечания по поводу его поведения во время конкретной встречи или вообще может прочесть "краткую лекцию" о консультировании. Консультант испытывает

прямую угрозу своей профессиональной компетентности и обычно сердится. Однако опытный консультант понимает психологическую реальность, скрывающуюся за такими действиями. Клиент не стремится оскорбить консультанта, а пытается таким способом взять под контроль свою тревожность и защититься от помощи, которая может представлять для него не меньшую опасность, чем его проблемы.

Для обсессивного стиля характерно использование средств общения для разрушения общения. Немало обсессивных клиентов в консультировании участвуют лишь физически, а психологически самоустраиваются. Клиент смотрит куда-то в сторону, еле слышно говорит, рассеянно слушает. Такое поведение фрустрирует консультанта, как и молчание, которое клиент тоже использует для уклонения от решения своих проблем. В подобных случаях консультант может довольно утонченно выражать враждебность, например посредством вопроса: «Вам нечего мне сказать?» Иногда консультанты задают вопрос: «О чем Вы думаете, когда молчите?» Это может приблизить к эмоциональной сфере обсессивного клиента, бесконечно трудно достигаемой.

Обсессивная личность изо всех сил старается не говорить о своих эмоциональных проблемах. Она прилагает огромные усилия, чтобы скрыть эмоциональные трудности, но таким образом только демонстрирует их. Клиент постоянно старается контролировать консультативную беседу, чтобы избежать эмоционального контакта с консультантом. Поэтому беседа становится волнообразной — как только консультант пытается продвинуться вглубь, клиент стремится выкрутиться и превратить его намерения в ничто. Когда консультант чувствует, что перед его носом захлопывается дверь, значит он приблизился к самым существенным проблемам клиента. Уклонение от погружения в свой внутренний мир проявляется в склонности к интеллектуализации. Объяснения и интерпретации консультанта обсессивный клиент воспринимает головой, а не сердцем. Он многословен не в целях более точного выражения чувств, а для отмежевания от них. Повествование такого клиента перегружено деталями, он пытается ничего не пропустить в своем рассказе, но тем не менее не раскрывает своей личности. Беседы с обсессивными клиентами обычно трудны и продолжительны.

Для установления вытесненного обсессивным клиентом материала иногда имеет смысл исследование его снов. Помогает также использование рисуночных тестов вместо задания рассказывать о проблемах словами.

Обсессивные клиенты любят приходить к консультанту с описанием перечня своих проблем или со списком вопросов, которые необходимо обсудить во время консультирования. Очевидно, это отражает желание контролировать ситуацию консультирования и уклониться от прямого эмоционального контакта с консультантом. Когда клиенту не разрешается пользоваться заранее подготовленными текстами или придерживаться установленного им порядка вопросов-ответов, он приходит в замешательство. Такое поведение консультанта является для него

сюрпризом, а обсессивная личность не терпит сюрпризов; спонтанность провоцирует в ней тревожность. Подготовка к встрече с консультантом направлена на пресечение неожиданностей, способных вывести из равновесия. Консультант может спросить клиента: "Почему Вы придали такое важное значение подготовке к нашей встрече?" Ответ клиента может открыть путь в его внутренний мир. И конечно, работая с обсессивными клиентами, консультант сам не должен пользоваться подобного рода вспомогательными средствами.

При работе с обсессивными клиентами у консультанта двойная задача (Storr, 1980). Во-первых, он должен помочь клиенту выразить побуждения, от которых тот защищается. Во-вторых, сам консультант должен быть человеком, пригодным для экспериментирования, чтобы клиент мог потренироваться в завязывании свободных от субординации отношений. Если реакции консультанта на обсессивную личность адекватны, психологической защитой клиента выступает злость. Такую ответную реакцию следует рассматривать не как следствие своей ошибки, а скорее как признак прогресса в работе. Консультанту не надо заглаживать отношения со злящимся клиентом. Наоборот, необходимо позволить ему выразить скрытые чувства. Не следует поощрять желание клиента немедленно подавить злость. Реальное консультирование может начаться лишь тогда, когда мы будем шаг за шагом связывать злость клиента с побудившими ее причинами и отыщем подоплеку специфичного стиля его отношений с другими людьми. В этом заключается шанс хоть немного освободить обсессивного клиента от бремени невыраженных эмоций.

Консультирование враждебно настроенных и агрессивных клиентов

Немало проблем в консультировании создают негативно настроенные или открыто враждебные (что встречается реже) клиенты. Особенно подробно их поведение описал Bird (1973). Консультанты по-разному реагируют на таких клиентов: одни на враждебность отвечают раздражительностью и враждебностью; другие стараются проявить любезность и дружелюбие, пытаясь настроить клиентов в свою пользу и объяснить отсутствие оснований для озлобленности; третьи игнорируют состояние клиентов, ведут себя так, как будто ничего не случилось. Возможно, в некоторых случаях полезно рассердиться на клиента, однако еще важнее понять причины его состояния. Клиенту надо сказать, что он кажется враждебно настроенным и злым. Порой понятия "озлобленность" и "враждебность" представляются слишком сильными для характеристики, поэтому свои высказывания следует формулировать не столь категорично. Например: «Вы кажетесь чем-то недовольным, Вы разочарованы? Не хотите ли Вы что-то сказать? Это звучит, будто Вы рассержены» и т.п. Если консультант только подозревает клиента во враждебности, он может уточнить: Что произошло? Я что-нибудь неправильно сказал или сделал? В

любом случае, столкнувшись с враждебностью клиента, не стоит вести себя так, словно рухнул мир. Разумеется, нельзя с насмешкой или презрением смотреть на клиента — его враждебность всегда следует трактовать серьезно, потому, что она мешает терапевтическому взаимодействию.

Причины неудовлетворенности клиента могут быть простыми - не нравится вид или слова консультанта, консультант слишком молод и т.п. Причины, как правило, существуют. Чтобы разобраться в подоплеке озлобленности клиента и эффективно реагировать на нее, консультант должен понимать основные черты этого состояния.

Прежде всего, злость не является чем-то патологическим или необычным. Каждый изредка сердится или, точнее говоря, способен разозлиться. Нет такой жизненной ситуации, в которой не могли бы проявиться чувство злобы, злая мысль или действие. Некоторые совершаемые в жизни дела также, хоть в малой степени, мотивированы злобой. Враждебность имеет свой смысл — она является средством самозащиты, кроме того, она значительно действеннее, чем страх. Иначе говоря, злость является не только сигналом, предупреждающим об опасности, подобно тревожности и страху, но и чувством, обуславливающим самозащиту, она порождает агрессивность.

Консультанту важно знать происхождение озлобленности. Причины озлобленности каждого клиента скрыты в его жизненных обстоятельствах. Злость "исторична", т.е. имеет свое прошлое, у каждого человека неповторимое. В течение жизни, особенно в детские годы, формируется индивидуальный "стиль враждебности", т.е. из-за чего мы злимся, как накапливается и вымещается злость. Одни клиенты сердятся, когда консультант говорит повелительным тоном; другие — когда ясно и точно не указывает, что делать; третьи — когда задает много личных вопросов, потому что это кажется им излишним любопытством. Сходные обстоятельства одних клиентов делают враждебными, других — нет. В основном эти различия обусловлены своеобразием жизненного опыта. Консультанту нелегко в достаточной мере проследить индивидуальную историю озлобления клиента, однако важнее всего понять, что злость главным образом «привнесена» в консультирование и напрямую не связана с тем, что говорит и делает консультант. Иногда в конкретный момент консультант непосредственно «замещает» некоего человека или ситуацию из прошлой жизни. Когда клиент, особенно в начале консультирования, враждебен, подозрителен, зол, консультант должен знать, что источник этих чувств находится внутри самого клиента. Нередко консультант склонен обвинять себя, поскольку ему кажется, что клиенты всегда уважают хорошего консультанта и никогда не должны злиться на него. Это неверно — злость является универсальным чувством, и не следует питать иллюзий по поводу отсутствия враждебности при хорошем консультировании. Она может возникнуть и возникает. Необходимо знать другое - консультант, по

отношению к которому клиент не может свободно выражать свою неудовлетворенность или злость, — плохой консультант.

В консультировании следует иметь в виду, что иногда злость скрывает тревожность. В таких случаях необходимо помочь клиенту разобраться в его подлинных чувствах и таким образом трансформировать враждебность.

Хотя консультанту нелегко оставаться спокойным при столкновении с озлобленностью клиента и выслушивать неприятные вещи о себе, однако не надо забывать, что отвечать враждебностью — значит провоцировать еще большую враждебность.

Консультант обязан осознать свои чувства в подобных ситуациях, идентифицировать свое недовольство, чтобы эффективнее помочь клиенту преодолеть его озлобленность. Когда на враждебность клиента мы не отвечаем недоброжелательностью, в конечном счете, увеличивается обоюдное понимание, возрастает сотрудничество в достижении общих целей.

Существует большая разница между озлобленностью клиента, возникающей в процессе консультирования, и прямыми оскорблениями в адрес консультанта. К оскорблениям консультант ни в коем случае не должен оставаться толерантным, так как они вредят также самому клиенту. Обычно агрессия по отношению к консультанту выражается косвенно. Один из вариантов такого поведения - порицание коллег консультанта, с которыми клиент встречался прежде. Иногда претензии бывают справедливы, поскольку не все психологи и психотерапевты совершенны и этичны в своем поведении. Но в большинстве случаев сообщается или полная неправда, или очень искаженная информация. По существу таким образом клиент вынуждает консультанта согласиться с ним или провоцирует дискуссию. Обе линии поведения неприемлемы. Консультант чувствует себя неуютно, а клиент ждет ответа. В таких случаях следует, не конкретизируя своей позиции, просто дать клиенту возможность полнее поделиться своими переживаниями. Что касается неконтролируемой враждебности к консультанту, напомним широко распространенный миф об особой опасности консультирования психически больных. На самом деле реальную опасность представляют лишь немногие такие больные (страдающие параноидной шизофренией, манией, органическими нарушениями психики). Большинство из них все-таки контролируют свою агрессивность. Однако при возникновении опасной ситуации консультанту не нужно демонстрировать неуместный героизм. Оставаясь спокойным и не угрожая клиенту, следует сказать, что агрессивное поведение недопустимо и в случае необходимости будут приняты дисциплинарные меры. В наставлении не должна звучать враждебность. Обычно критичные клиенты смиряются с ограничениями, потому что сами обеспокоены последствиями своего поведения.

Гораздо чаще в консультировании встречается скрытая враждебность, которую консультант невольно чувствует. Справиться с ней сложнее, чем с

откровенной агрессивностью. Большинство клиентов бывают, не готовы к идентификации затаенной враждебности, да и консультанту небезопасно превращать скрытую враждебность в открытую. Тем не менее, если в беседе с клиентом мы почувствуем что-то недоброе, следует помочь ему вербализовать свои переживания, открыто выразить их, потому что любые невыраженные сильные эмоции, особенно отрицательные, дезорганизуют логическое мышление и поведение, способствуют возникновению психосоматических симптомов и затрудняют процесс консультирования. К вопросу скрытой враждебности мы еще вернемся в разделе об особенностях консультирования клиентов с психосоматическими жалобами.

Консультирование клиентов с депрессией и суицидными намерениями

Психологическая помощь клиентам с депрессией

Пониженное настроение — одно из самых неприятных эмоциональных состояний личности, часто возникающих в различных жизненных ситуациях, и один из важнейших симптомов большинства нарушений психики, а иногда доминирующий симптом (депрессивный невроз, психозы). В консультировании мы, как правило, обычно сталкиваемся с так называемой "реактивной депрессией", которая обычно возникает как реакция на события, травмирующие жизнь (соматическое заболевание, конфликты, интимные проблемы, различные утраты, в том числе смерть близкого человека и т.д.).

Депрессия прежде всего проявляется в изменении настроения. Человек становится грустным и угрюмым, его одолевают мысли о своей неудавшейся жизни, жжет острое чувство вины. Он теряет вкус к жизни и способность сопротивляться трудностям, утрачивает интерес к вещам, которые раньше привлекали. Замедляется как двигательная активность, так и течение процессов мышления. Если депрессия незначительна, индивид еще может продолжать работать, выполнять повседневные задания, однако все это перестает доставлять ему удовольствие. При обострении депрессии утрачивается всякая активность. Человек становится безразличным ко всему, например, может часами сидеть у телевизора и смотреть не важно что или просто лежать. Все вокруг он видит в "темном свете". Ярчайшая черта депрессивной личности — самоуничужение. При депрессии человек чувствует себя ничем не стоящим, неудачником и т.п. Он становится слишком чувствительным ко всему, и это тоже уменьшает самооценку. Например, ссора со значимым человеком, которая не более чем эпизод жизни, кажется концом света; неудача на экзамене воспринимается как доказательство абсолютной бездарности. Следует подчеркнуть, что в состоянии депрессии индивид считает свое восприятие мира единственно правильным, а периоды жизни без депрессии представляются ему иллюзией.

Человек в состоянии депрессии занят только собой, своими проблемами, своим здоровьем. Он часто склонен говорить о симптомах,

связанных с депрессией, но не о самой депрессии. Поэтому выражается озабоченность физическим здоровьем, подчеркиваются жалобы на бессонницу, раннее пробуждение, потерю аппетита, общую усталость. Иногда жалобы на нарушение различных систем организма "маскируют" депрессию (случаи так называемой "маскированной депрессии").

Консультанту следует помнить, что депрессия искажает понимание прошлого. Человеку кажется, что в его прошлом не было ничего хорошего, никаких просветов. Он не помнит мгновений счастья, как здоровый человек — моментов боли. Такой взгляд на прошлое влияет и на нынешнюю самооценку. Уже говорилось о склонности депрессивных клиентов к самоуничтожению. Большинство из них забывают случаи, когда в прошлом им сопутствовал успех, и не способны выделить такие эпизоды в настоящем. Кстати, депрессия искажает суждения и тех людей, у которых все идет успешно. Консультанту надо обращать на это внимание клиентов.

При возникновении депрессии индивид обычно ищет контакты с другими людьми, сильно желая их помощи. Однако нередко его подавленное настроение обуславливает неудачи в межличностных отношениях. В результате депрессия усиливается, так как индивиду начинает казаться, что окружающие стараются его оттолкнуть. В этом он находит подтверждение нелюбви к себе. Так постепенно прекращается поиск связей с другими людьми, происходит удаление от них и смирение. Охваченный депрессией индивид испытывает бессилие и безнадежность, страдает молча, часто злясь на других и на себя.

Одно из последствий депрессивного состояния — зависимость от мнения других людей, особенно близких. Человек перестает быть равнодушным к тому, что думают о нем другие. Зависимость и чувствительность к критике порождают неуверенность, а она в свою очередь еще больше увеличивает зависимость. Когда депрессивный клиент обращается за помощью, все его поведение проигрывается в ситуации консультирования. Клиент добивается, чтобы консультант взял на себя ответственность за его жизнь. Тем не менее, признавая правило, что в начальной стадии работы с депрессивными клиентами консультант должен быть активнее (об этом еще пойдет речь), вовсе не обязательно принимать на себя всю ответственность за консультативный процесс. Консультант действительно не отвечает ни за решение проблем депрессивного клиента, ни за перемены в его жизни, ни за принимаемые им решения. У клиента, который наконец поймет, что консультант не может и не собирается все делать за него наподобие мага или заботливых родителей, возникает фрустрация, поскольку на самом деле он хочет большего, чем помощи. Депрессивному клиенту недостаточно, чтобы консультант просто помог его самоопределению. Ему хотелось бы иметь в лице консультанта чуть ли не заместителя любимого человека. Когда такие желания не исполняются, клиент свою неудовлетворенность нередко выражает злобой.

Вообще человек в состоянии депрессии почти всегда испытывает определенную озлобленность, каким бы подавленным и несчастным он ни был. Например, он сердится на умершего супруга за то, что тот оставил его, постоянно жалуется на плохое обращение друзей и близких, возмущается окружающими, довольными жизнью. Здесь возникает и определенное противоречие — появление враждебности усиливает дискомфорт, потому что повышена потребность в людях. Когда человек не осмеливается открыто выразить озлобленность, она возрастает и принимает форму самообвинения. Так получается заколдованный круг, где переплетаются между собой депрессия и зависимость, самоуничтожение и озлобленность. Недаром депрессию иногда называют "перевернутой злобой" (Kennedy, 1977).

Поэтому внушать депрессивному клиенту, что все будет хорошо и не надо обращать внимание на мелочи, т.е. всячески подбадривать клиента, скорее вредно, нежели полезно. Это только озлобляет и обостряет депрессию.

Прежде всего необходимо установить, с депрессией какого рода мы столкнулись — с проявлением психотического заболевания, с невротической депрессией или просто с нормальной реакцией на горестные события. Депрессию не следует путать с другими нарушениями. Иногда консультант принимает симптомы депрессии за переутомление, физическое или психическое истощение и рекомендует клиенту больше отдыхать, спать, употреблять витамины, поехать в санаторий и т.п. Однако в случае депрессии это мало помогает.

Задача консультанта в работе с депрессивными клиентами двойка: поддержать клиента и помочь ему в психологическом объяснении трудностей. Сам факт, что консультант готов "сразиться" с депрессией, укрепляет надежду клиента и нейтрализует отчаяние. Поддержка и понимание уменьшают страдание и переживание вины, помогают восстановить самоуважение. Клиент, видя хотя бы одного человека, понимающего и ценящего его, может изменить установку по отношению к окружающим в позитивном направлении. В целях восстановления у клиента веры в собственные возможности необходимо обращать внимание на сферы, в которых он компетентен, и его бывшие достижения. Важно мобилизовать агрессивные побуждения клиента, чтобы он мог успешнее бороться с жизненными испытаниями.

Особенности консультирования при суицидных намерениях

Человек в состоянии депрессии часто представляет опасность для самого себя, потому что склонен к саморазрушению в явной и скрытой формах. Когда мы встречаемся с депрессивными клиентами, нельзя забывать, что слабовыраженная депрессия может перерасти в острую с суицидными намерениями.

Самоубийство считается ужасным, постыдным делом, и некоторые консультанты, работая с депрессивными клиентами, невольно пренебрегают такой возможностью и полагают, что их клиенты не могут даже подумать об этом. Если консультант проявляет такого рода слепоту, возникает большая опасность для благополучия и даже жизни клиента. Проблема состоит, как правило, не в сокрытии самоубийцей своих намерений, а в том, что он не будет услышан, когда говорит о них.

Обычно различают попытку самоубийства (парасуицид) и реализованное самоубийство. По данным Davis (1968), женщины в четыре раза чаще, чем мужчины, пытаются покончить жизнь самоубийством, а мужчины в четыре раза чаще кончают жизнь самоубийством. Иногда утверждается, что неудавшаяся попытка самоубийства означает, что намерение было несерьезным. Это довольно опасное заблуждение, ибо немало людей, пытавшихся совершить самоубийство, повторяют попытку. По данным Shocket (1970), в 12% случаях повторная попытка предпринимается в течение трех лет.

Важен вопрос, кто именно и в каких ситуациях чаще совершает самоубийство. Уже упоминалось, что не все люди в состоянии депрессии намереваются совершить самоубийство, но вне депрессии самоубийство совершается очень редко. Предпринимаются попытки дать более полную характеристику группе потенциальных самоубийц. Kennedy (1977) указывает несколько критериев риска:

1. Одинокие мужчины (разведенные и не имеющие близких друзей) старше 40 лет.
2. Лица, живущие одни.
3. Алкоголики.
4. Люди, перенесшие большую утрату.
5. Люди преклонного возраста, имеющие соматические заболевания.

Pretzel (1972) отмечает два условия, способствующие попыткам самоубийства. Первое — увеличение стресса до трудно переносимого индивидом уровня. Второе — неспособность преодолеть стресс ни в одиночку, ни с помощью других. Обычно решение о самоубийстве не возникает внезапно. Часто ему предшествует серия попыток поделиться своими намерениями с другими людьми. Наибольшая вероятность попытки самоубийства приходится на вершину экзистенциального кризиса. Coleman (1972) отмечает три фактора, сильно повышающие риск при предрасположенности к самоубийству: межличностные кризисы, падение уровня самооценки, утрата смысла жизни и перспективы. Shneidman (1969) указывает четыре условия, способствующие возможности самоубийства:

1. Депрессия.
2. Дезориентация с галлюцинациями и бредом.
3. Стремление вернуть себе контроль за окружением в определенных обстоятельствах, например: неизлечимо больной человек

может пытаться совершить самоубийство в целях взять под контроль время своей смерти.

4. Зависимость от других и большая неудовлетворенность таким положением.

Очень важная черта потенциального самоубийцы — амбивалентность. Она затрудняет распознавание действительных намерений. Поэтому о пытавшихся совершить самоубийство иногда можно услышать: "Не похоже на депрессию. Вчера вечером у него было хорошее настроение".

Консультант, встречающийся с клиентами, имеющими суицидные намерения, прежде всего обязан проанализировать собственные установки и чувства по отношению к самоубийству, знать их заранее. В работе никогда не следует скрывать свои подлинные чувства. Хороший контакт с консультантом может быть крепчайшей нитью, связывающей потерявшего надежду человека с жизнью.

Иногда полагают, что обсуждение с клиентами возможности самоубийства только усиливает их намерения. Однако, как правило, беседа о чувствах, подталкивающих к самоубийству, уменьшает вероятность реализации побуждений. Поэтому консультант не должен уклоняться от обсуждения с депрессивными клиентами проблемы самоубийства. Тем самым он показывает клиенту, что мысли о самоубийстве могут быть восприняты и поняты другим человеком.

Консультирование при переживании утраты

Консультирование в случае смерти близкого человека

Консультирование людей, перенесших утрату, — это нелегкое испытание духовных сил и профессиональной компетенции.

В жизни утраты более или менее ощутимы, но во всех случаях человек испытывает душевную боль, переживает горе. Утраты, как и многие события нашей жизни, не только болезненны, они предоставляют и возможность личностного роста. Консультант может способствовать реализации этой возможности, если понимает природу утраты, ее связь с другими эмоциями, роль в становлении человека.

Для умершего смерть — абсолютный конец его земной жизни. Однако в душах близких и друзей человек еще продолжает существовать, по крайней мере некоторое время. Примирение с утратой — болезненный процесс, в котором от утраченного человека "отказываются" постепенно и с трудом. Но процесс совершенно естественен, и его не надо форсировать. Никто не должен вселять искусственный оптимизм в скорбящего, пытаться его чем-либо заинтересовать, занимать развлечениями. Смерть близкого — это тяжелая рана, и несчастный имеет право на скорбь.

Интенсивность и продолжительность чувства скорби у различных людей неодинаковы. Все зависит от характера отношений с потерянным

человеком, от выраженности вины, от длительности траурного периода в конкретной культуре.

Душевные терзания как ярчайший компонент траура представляются скорее процессом, нежели состоянием. Перед человеком заново встает вопрос об идентичности, ответ на который приходит не как мгновенный акт, а через определенное время в контексте человеческих отношений.

Для описания процесса скорби часто используется модель Kubler-Ross (1969). Она предполагает чередование стадий отрицания, озлобленности, компромисса, депрессии, адаптации. Считается, что нормальная реакция скорби может продолжаться до года.

Сразу после смерти близкого человека возникает острая душевная боль.

На первом этапе эмоциональному шоку сопутствует попытка отрицать реальность ситуации. Шоковая реакция иногда проявляется в неожиданном исчезновении чувств, "охлаждении", словно чувства проваливаются куда-то вглубь. Это происходит, даже если смерть близкого человека не была внезапной, а ожидалась долгое время. Отрицается сам факт смерти — "Он не умер (она не умерла)", "Этого не может быть", "Я не верю этому" и т. п. Об умершем нередко говорят в настоящем времени, он принимается во внимание при планировании будущего.

В процессе скорби непременно наступает озлобленность. Понесший утрату человек стремится обвинить кого-то в случившемся. Вдова может обвинять умершего мужа за то, что он оставил ее, или Бога, который не внял ее молитвам. Обвиняются врачи и другие люди, способные реально или только в воображении страдальцы не допустить создавшейся ситуации. Речь идет о настоящей злости. Если она остается внутри человека, то "подпитывает" депрессию. Поэтому консультант должен не дискутировать с клиентом и не корректировать его злобу, а помочь ей вылиться наружу. Только в таком случае уменьшится вероятность ее разрядки на случайных объектах.

После первой реакции на смерть близкого человека — шока, отрицания, злобы — происходит осознание утраты и смирение с ней. В статье "Скорбь и меланхолия" (1917) З. Фрейд назвал процесс адаптации к несчастью "работой скорби" (Trauerarbeit). Современные исследователи "работу скорби" характеризуют как когнитивный процесс, включающий изменение мыслей об умершем, горечь утраты, попытку отстраниться от утраченного лица, поиск своего места в новых обстоятельствах (Stroebe, 1992). Этот процесс не является какой-то неадекватной реакцией, от которой надо уберечь человека, с гуманистических позиций он приемлем и необходим. Имеется в виду очень тяжелая психическая нагрузка, заставляющая страдать. Консультант способен доставить облегчение, однако его вмешательство не всегда уместно. Скорбь нельзя приостанавливать, она должна продолжаться столько, сколько необходимо.

Типичное проявление скорби — тоска по умершему (Parkes, Weiss, 1983). Человек, переживший утрату, хочет вернуть утраченное. Обычно это

иррациональное желание недостаточно осознается, что делает его еще глубже. Навязчивые мысли и фантазии об умершем постоянно лезут в голову. Его лицо видится в толпе; пропадает интерес к событиям, которые прежде казались важными, к своей внешности. Места и ситуации, связанные с умершим, приобретают особую значимость. Консультанту следует разобраться в символической природе тоски. Поиск умершего не бесцелен — он явно направлен на воссоздание утраченного человека. Не надо противиться символическим усилиям скорбящего, поскольку таким образом он старается преодолеть утрату. С другой стороны, реакция скорби бывает преувеличена, и тогда создается культ умершего. В случае патологической скорби нужна помощь психотерапевта.

В разные периоды жизни люди испытывают амбивалентные чувства друг к другу. После смерти близкого человека прежняя амбивалентность является источником чувства вины. "Работа скорби" обуславливает возврат к отношениям, которые прервала смерть. Предпринимается попытка понять их значение в перспективе времени. Понесший утрату постоянно задает себе вопросы: "Все ли я сделал для умершего?", "Достаточно ли уделял ему внимания?". Вспоминаются случаи несправедливого отношения к умершему, и страдающий человек заверяет себя в совсем ином поведении, будь возможность все вернуть. Консультант должен с пониманием воспринимать эти сложные переживания как неизбежное изживание скорби.

Во время траура испытывают значительное изменение идентичности, например, резко меняется самооценка осуществления супружеской роли. Поэтому важная составляющая "работы скорби" заключается в обучении новому взгляду на себя, поиску новой идентичности.

В трауре очень существенны ритуалы. Они нужны скорбящему, как воздух и вода. Психологически крайне важно иметь публичный и санкционированный способ выражения сложных и глубоких чувств скорби. Ритуалы необходимы живым, а не умершим, и они не могут быть упрощены до потери своего назначения.

"Работу скорби" иногда тормозят или осложняют сочувствующие люди, которые не понимают важности постепенного изживания несчастья. Трудный духовный процесс отделения от умершего происходит в субъективном мире понесшего утрату, и вмешательство в него окружающих неуместно. Консультант тоже не должен заглушать процесс скорби. Если он разрушит психологическую защиту клиента, то не сможет оказать эффективную помощь. Клиент нуждается в защитных механизмах, особенно на ранней стадии траура, когда он не готов принять смерть и реалистично думать о ней. В условиях дефицита рациональности включаются защитные механизмы. В процессе траура их роль функциональна и сводится к тому, чтобы выиграть время и заново оценить себя и окружающий мир. Поэтому консультант должен позволить клиенту использовать отрицание и другие механизмы психологической защиты.

Следует отметить, что "работа скорби" не для всех людей является эффективной стратегией преодоления утраты. Многое зависит от стиля реагирования. Человеку, склонному заглушать болезненные воспоминания другой деятельностью, "работа скорби" мало помогает. Например, согласно Nolen-Hoekseman (1987; цит. по: Stroebe, 1992), женщины во время депрессии склонны к навязчивым раздумьям, что только углубляет упадок настроения. Мужчины, наоборот проявляют активность, и это облегчает и укорачивает депрессию.

С окончанием "работы скорби" происходит адаптация к реальности несчастья, и душевная боль уменьшается.

Понесшего утрату человека начинают занимать новые люди и события. Исчезает желание соединиться с умершим, уменьшается зависимость от утраты. В некотором смысле можно сказать, что процесс траура представляет собой медленное ослабление связи с умершим. Это не означает забвения. Просто умерший человек уже предстает не в физическом смысле, а интегрируется во внутренний мир. Вопрос отношения с ним решается теперь символическим образом — умерший своим незаметным присутствием в душе понесшего утрату помогает ему в жизни. Таким образом чувство идентичности успешно модифицируется.

В период утраты страдание облегчается присутствием родственников, друзей, причем существенна не их действенная помощь, а легкая доступность в течение нескольких недель, когда скорбь наиболее интенсивна. Понесшего утрату не надо оставлять одного, однако его не следует "перегружать" опекой — большое горе преодолевается только со временем. Горюющему человеку нужны постоянные, но не навязчивые посещения и хорошие слушатели.

Роль слушателя в некоторых случаях может выполнять консультант. Находиться со скорбящим человеком и надлежащим образом внимать ему — главное, что можно сделать. Чем больше консультант сопереживает скорби и чем адекватнее воспринимает собственные эмоциональные реакции, связанные с помощью, тем эффективнее целебное воздействие. Не следует поверхностно успокаивать скорбящего человека. Замешательство и формальные фразы лишь создают неудобное положение. Клиенту надо предоставить возможность выражать любые чувства, и все они должны быть восприняты без предубеждения. Задачу консультанта можно выразить словами Шекспира из "Макбета" — "дать грусти слово". Другая очень важная задача консультанта — помочь близким понесшего утрату человека правильно реагировать на его скорбь.

Нормальный процесс скорби иногда перерастает в хроническое кризисное состояние, которое называется патологической скорбью. По мнению Freud, скорбь становится патологической, когда "работа скорби" неудачна или не завершена. Выделяется несколько типов патологической скорби:

1. "Блокирование" эмоций во избежание интенсификации процесса скорби.
2. Трансформация скорби в идентификацию с умершим человеком. В этом случае происходит отказ от любой деятельности, способной отвлечь внимание от мыслей об умершем.
3. Растягивание процесса скорби во времени с обострениями, например, в дни годовщин смерти.
4. Чрезмерно острое чувство вины, сопровождаемое потребностью наказывать себя. Иногда такое наказание реализуется посредством самоубийства.

Переживание утраты при разводе

Утрата близкого человека случается не только при его смерти. Развод представляет собой аналогичную ситуацию и порождает схожую динамику переживаний. Развод — это смерть отношений, вызывающая самые разнообразные, но почти всегда болезненные чувства.

Froiland и Hozman (George, Cristiani, 1990) для описания развода воспользовались известной моделью Kubler-Ross, о которой упоминалось выше.

1. *Ситуация отрицания.* Первоначально реальность происшедшего отрицается. Обычно человек затрачивает на близкие отношения много времени, энергии и чувств, поэтому трудно сразу смириться с разводом. На этой стадии ситуация развода воспринимается с выраженной защитой, посредством механизма рационализации обесцениваются брачные отношения: "Ничего такого не случилось", "Все хорошо", "Наконец пришло освобождение" и т.п.

2. *Стадия озлобленности.* На этой стадии от душевной боли защищаются озлобленностью по отношению к партнеру. Нередко манипулируют детьми, пытаясь привлечь их на свою сторону.

3. *Стадия переговоров.* Третья стадия самая сложная. Предпринимаются попытки восстановить брак, и используется множество манипуляций по отношению друг к другу, включая сексуальные отношения, угрозу беременности или беременность. Иногда прибегают к давлению на партнера со стороны окружающих.

4. *Стадия депрессии.* Угнетенное настроение наступает, когда отрицание, агрессивность и переговоры не приносят никаких результатов. Человек чувствует себя неудачником, уменьшается уровень самооценки, он начинает сторониться других людей, не доверять им. Нередко испытанное во время развода чувство отвержения и депрессия довольно долгое время мешают заводить новые интимные отношения.

5. *Стадия адаптации.* Когда консультант встречается с разведенным клиентом во время одной из вышеназванных стадий, его цель — помочь клиенту "перейти" в стадию приспособления к изменившимся условиям жизни. В тех случаях, когда после развода остается неполная семья, детям тоже нужна поддержка в адаптации к новой ситуации. Такую

поддержку может оказать как оставшийся с ними родитель, так и консультант, помогающий матери или отцу преодолеть кризис.

Диапазон проблем, возникающих после развода, довольно широк — от финансовых до ухода за детьми. В разрешении проблем существенное место занимает умение жить без супруга (мужа или жены) и преодолевать одиночество. Неизбежна определенная ломка социальных отношений — приходится привыкать одному (одной) ходить на концерты, в гости. Важно здоровым и приемлемым путем удовлетворять сексуальную потребность. Роль консультанта в этих обстоятельствах может оказаться довольно значительной. Он должен помочь отделить одиночество от уединенности, открыто анализировать отношение к сексу и т.п.

Консультирование клиентов с психосоматическими расстройствами

Существует множество попыток объяснить происхождение психосоматических нарушений. Почти все они так или иначе связаны с психоаналитическим пониманием личности, ибо сами основы психосоматической медицины в третьем десятилетии нашего века формировались под влиянием психоанализа. И сегодня влияние психоанализа на объяснение и лечение психосоматических нарушений довольно велико. Длительное время подчеркивалось значение особенностей личности в возникновении психосоматических нарушений (например, Dunbar описал "коронарную", "аллергическую", "гипертоническую", "ревматоидную" и др. личности). Позднее полагали, что возникновение конкретных психосоматических нарушений предопределено устойчивостью определенных эмоциональных состояний (один из основоположников психосоматической медицины, Weitzsaker, утверждал, что злоба и ожесточенность обуславливают возникновение болезней сердца; бессилие и зависимость приводят к расстройствам пищеварительного тракта; сексуальное напряжение способствует нарушению системы дыхания и т.п.). В настоящее время ученые склоняются к концепции многофакторного патогенеза психосоматических нарушений и объясняют их не личностной структурой, а специфическими психологическими, генетическими и социальными факторами. Подчеркивается значение генетически заданных свойств человека (в том числе и психических), повышенной уязвимости отдельных органов (обусловленной родовыми травмами, соматическими заболеваниями и физическими повреждениями в младенчестве, детстве и юности), взаимоотношений в семье, способов реагирования личности в критических ситуациях (Kociunas, 1983).

Иногда психосоматические жалобы человека кажутся безосновательными и приводят в замешательство врачей общей практики, которые во всем склонны винить нервы. Тем не менее чаще всего за этими

жалобами скрыты не выдуманные, а реальные конфликты, говоря точнее, специфическая устойчивость неблагоприятных отношений (Bird, 1973).

Обычно люди стремятся к прекращению плохих взаимоотношений. Психосоматический клиент ведет себя иначе. Он годами может терпеть отношения, которые не только не доставляют удовольствия, но истощают и разрушают его личность. Трудно объяснить, почему это происходит. Психосоматическим клиентам не свойственны мазохистские черты. Если бы такие отношения доставляли мазохистское удовлетворение, не возникали бы психосоматические симптомы. Толерантность к неблагоприятным взаимоотношениям и природу психосоматических симптомов можно объяснить подавлением враждебности, агрессивности, злобы. Если обычно озлобленность побуждает людей к прекращению отношений, то психосоматическая личность подавляет злобу и продолжает отношения. Внешне такой человек даже не кажется страдающим, однако консультант может с полной очевидностью убедиться в страдании его тела. Непонятно, почему происходит подавление злобы, но известно, что психосоматические клиенты очень чувствительны к любым проявлениям озлобленности в себе и других.

Важнейшая задача консультанта в беседе с психосоматическим клиентом — помочь ему выявить, хотя бы частично, скрытую озлобленность. Но как это сделать? Некоторые консультанты начинают с вопросов: Нервный ли Вы? Чувствительный ли Вы?. Возможные ответы на эти вопросы, увы, дают мало сведений. Но можно спросить и о конкретных проблемах и постараться вникнуть в жизнь клиента: Похоже, что-то в жизни вызывает у Вас озабоченность; не расскажете ли об этом? или Что происходит в Вашей жизни, что в ней изменилось, что стало иначе, нежели было раньше? Вопросы направлены на повседневную жизнь клиента, на перемены в его семье, работе, в отношениях с близкими и друзьями. Порой на такие вопросы консультант слышит ничего не значащий ответ: Все хорошо. Это всего лишь отговорка, поскольку в жизни каждого человека всегда что-то происходит. Однако консультант должен не противоречить, а продолжать спрашивать клиента о различных аспектах его жизни: чем он занимается на работе, с кем работает, каков его личный вклад в общую работу, как он проводит свободное время, каковы взаимоотношения у него в семье? Не следует настоятельно требовать рассказа о конфликтах, отрицательных чувствах, поскольку из словаря клиента исключены соответствующие понятия.

Консультант должен не только помочь клиенту осознать свою озлобленность, но и указать, как она сказывается на поведении. Одни психосоматические клиенты слащавы и приятны, со всем соглашаются, и трудно поверить в их враждебность. Другие не способны почувствовать, да и не чувствуют недоброжелательности вокруг себя. При возникновении хотя бы малейшего спора они отступают. Если не могут устраниться из ситуации, прибегают к рационализации и говорят себе, что спорящие шутят. Иные

склонны выражать свою злость, тем не менее изменяют ее действительный объект.

Беседа с психосоматическим клиентом об озлобленности обычно трудна и далеко не всегда успешна, хотя позволяет показать клиенту, какова его жизненная ситуация, как он подавляет свою враждебность и как это связано с его соматическими симптомами. Консультант должен не только помочь клиенту распознать в себе злобу, но и побуждать его к отреагированию в процессе консультирования. Поэтому не удивительно, если в случае успешной работы заменителем действительного объекта враждебности клиента временно становится консультант.

Еще одна существенная причина трудности консультирования психосоматической личности состоит в ее "эмоциональной безграмотности", неспособности вербализовать свои внутренние переживания, нехватке символического мышления. Эти свойства в 1972 г. американский психиатр Р. Silneos приписал "алекситимной личности". Комплекс сходных качеств наряду с симптомами маскированной депрессии был также обнаружен у лиц, перенесших посттравматический стресс, и даже у некоторых здоровых.

Черты алекситимной (психосоматической) личности служат серьезным препятствием в консультировании и психотерапии. Больше всего консультанта фрустрирует отказ этих клиентов связывать свои соматические жалобы с конфликтами в эмоциональной сфере, хотя часто психологический контекст жалоб очевиден. Очень трудно помочь человеку психологическими методами, когда он свои эмоциональные проблемы понимает как соматические. Такой клиент говорит о разнообразных болях, много молчит, не проявляет никакой мотивации к сотрудничеству, явно ориентирован на медикаментозное лечение, постоянно принуждает консультанта к инициативе. Монотонный, эмоционально бесцветный стиль клиента вызывает у консультанта раздражение, потому что он чувствует себя загнанным в угол. Попытка активно вовлечь клиента в эмоциональные отношения только увеличивает у того тревожность из-за неумения вербализовать чувства. Соответствующий всплеск физиологических реакций позволяет клиенту еще больше жаловаться на соматическое недомогание.

Если клиент яркий алекситимик, следует применять процедуры консультирования, направленные не на конфронтацию, а на поддержку. Клиента также следует подготавливать к вербализации своих переживаний. Для этого можно использовать примеры эмоциональных слов и фантазий, анализ различных эмоциональных ситуаций, перевод умозаключений клиента на дифференцированный язык эмоций. Хотя такая подготовка далеко не во всех случаях бывает эффективной, она в определенной степени помогает осознать эмоциональные проблемы и вербализовать их.

Консультирование при реакциях страха и фобиях

Уже упоминалось, что близким к тревожности состоянием является страх. Но тревожность в отличие от страха не имеет определенного объекта,

страх же всегда связан с конкретным объектом окружения (лицом, предметом, событием). Страх имеет биологическую значимость, так как охраняет от многих опасностей. Без чувства страха мы оказались бы легко уязвимы.

В психологическом консультировании мы встречаемся с двумя типами страхов — нормальным, понимаемым как естественная реакция, и патологическим, обычно называемым фобией. Чтобы консультант мог эффективно оказывать помощь, он должен понимать психологический смысл и психодинамику разного рода страхов.

Чаще всего клиенты обращаются по поводу конкретных страхов, связанных с какими-то важными событиями (боязнь экзамена, страх перед хирургической операцией и т.п.). В таких случаях сначала следует помочь клиенту понять смысл события, вызвавшего чувство страха, разобраться, в какой степени его реагирование на это событие является оправданным и адекватным.

Janis выполнил показательное исследование (1958; цит. по: Kennedy, 1977). Он изучал страх у больных хирургического отделения и выделил три типа эмоциональных реакций:

1. Пациенты первой группы переживали особенно сильный страх перед операцией. Они открыто говорили о своей озабоченности, старались как-то отложить операцию, не могли заснуть без успокоительных лекарств и постоянно искали сочувствия и поддержки у персонала больницы. Для этих пациентов и после операции была характерна значительно большая тревожность, чем для остальных.

2. Пациенты второй группы испытывали перед операцией умеренный страх. Иногда они высказывали озабоченность отдельными аспектами предстоящей операции (например, способом обезболивания) и просили предоставить правдивую информацию о том, что с ними будут делать. Хотя эти пациенты и чувствовали себя уязвимыми, тем не менее предметом их озабоченности были реальные, а не воображаемые опасности. После операции у них наблюдались лишь незначительные эмоциональные нарушения. Они хорошо сотрудничали с персоналом больницы.

3. Пациенты третьей группы почти не испытывали никакого страха перед операцией. Они положительно смотрели на то, что должно произойти, хорошо спали. Их ожидания в отношении операции выглядели чрезмерно оптимистичными. После операции, столкнувшись с послеоперационными болями, эти пациенты без конца жаловались на свое самочувствие, становились злыми и агрессивными, и свою злобу выплескивали на персонал больницы.

Janis сделал вывод, что страх средней степени полезен, потому что готовит человека к столкновению с реальными опасностями и будущими ограничениями. Весьма важной для пациентов оказалась предварительная информация о событии, которого они боялись. Пациенты третьей группы

казались бесстрашными, не интересовались, что может случиться с ними, поэтому столкновение с послеоперационными болями было неожиданным.

Материалы этого исследования существенны для консультирования клиентов со страхом. Прежде всего напрашивается утверждение, что не нужно помогать клиентам полностью избавляться от страха, а также не следует скрывать информацию, которая на первый взгляд кажется пугающей. Информация, представленная должным образом, только подготавливает к тяжким событиям. Определенная доля страха может оказаться целительной. Консультант должен помочь клиенту конструктивно воспользоваться страхом.

Большую сложность представляет консультирование клиентов с фобиями. Основу патологических страхов составляет глубоко скрытая тревожность. Сущность механизма формирования фобий заключается в смещении тревожности от первичной ситуации или объекта, вызвавших беспокойство, на другую ситуацию или объект. Человек начинает бояться вещей, которые являются лишь заместителями объектов первичного беспокойства. Такое смещение происходит вследствие неразрешенных внутренних конфликтов.

Итак, фобии подразумевают, замещение переживания тревожности страхом, при этом «выбирается» специфичный и конкретный объект или ситуация вместо неопределенной направленности тревожности. Испытывать страх тоже неприятно, однако эта неприязнь более приемлема. По крайней мере знаешь, чего боишься, что может реально повредить и как избежать опасности, т.е. страх в отличие от тревожности поддается контролю.

Консультант не должен проявлять поспешность в интерпретировании внутренних конфликтов клиента на основании его конкретной фобии. В интерпретациях очень ненадежно основываться на символическом смысле фобии. За одной и той же фобией у разных людей могут скрываться разные конфликты. Смысл фобий сильно зависит от индивидуальной истории жизни клиента, поэтому не трудно ошибиться, поддавшись соблазну поверхностного объяснения.

«Язык» фобий запутан и сложен. Kennedy (1977) метко описывает поведение клиентов с фобиями; обратимся к его наблюдениям.

Стержнем невротического поведения с преобладанием фобий является усиленное избегание тревоги, стремление обойти породивший ее конфликт. Поэтому клиент нередко спокойно говорит о своем страхе, но отрицает существование любых внутренних конфликтов, связанных с этим страхом. Консультант должен быть готов к такому поведению. Попытки избежать обсуждения конфликта могут проявиться самыми разнообразными способами. Обычно клиенты крайне осторожны в отношениях с консультантом. Они склонны сопротивляться стремлению консультанта говорить о вещах, провоцирующих тревожность. Сопротивление опять же принимает разные формы. Клиент забывает детали предыстории своих проблем, которые проливают свет на суть психологического конфликта.

Например, возникновение фобии как-то связано с изменениями жизни клиента, системы отношений его личности, но клиент об этом даже не упоминает, хотя такая информация весьма существенна для понимания природы фобии. Сопrotивляющийся клиент также может стараться увести беседу в сторону и таким способом уклониться от тематики, провоцирующей тревожность. Возможно вообще избегание разговора о себе. Это, кстати, классическая форма сопротивления в консультировании.

Консультант должен иметь в виду эти типичные черты поведения клиентов с фобиями, поскольку порой приходится уступать клиентам и не затрагивать неприятные темы, чтобы не причинять им страданий. Однако такая тактика не позволяет надеяться на успех в коррекции фобий. Еще один способ бегства от тревоги клиентов с фобическими реакциями — это занятие самолечением. Они покупают медицинские книги, роются в специальных журналах, стремятся испробовать все возможные методы лечения, однако избегают непосредственного обращения к своим внутренним конфликтам.

Консультанту важно разобраться, какую вторичную выгоду извлекает клиент из своего "трусливого" поведения в семейных отношениях, на работе или в каких-либо других областях. Шансы понять клиента увеличиваются, если предпринимается попытка смотреть на его проблемы или симптомы в более широком контексте.

Консультирование тревожных пациентов

Тревожность занимает одно из важнейших мест как в нормальной психодинамике, так и в психопатологии, т.е. в возникновении различных симптомов. Тревожность предупреждает об опасности, угрозе и в этом смысле имеет не меньшую ценность, чем боль. S. Freud определяет тревожность как сигнал со стороны Ego, предупреждающий индивида о внутреннем конфликте. Обычно конфликт происходит между неприемлемыми импульсами бессознательного и психическими силами, направленными на подавление этих импульсов. Тревожность — сигнал не только предупредительный, но и защищающий от конфликтов, потому что задействует механизмы психологической защиты.

Тревожность имеет сходство со страхом (Freud даже не различает эти состояния, употребляя единое понятие "Angst"), ведь в обоих случаях проявляется реакция на опасность. О страхе мы еще поговорим в следующем разделе, потому что каждой из эмоций все же свойственна специфичность. Тревожность интрапсихична, т.е. обусловлена внутренне и связывается с внешними объектами лишь в той мере, в какой они стимулируют внутренние конфликты. Обычно тревожность в отличие от страха представляет собой реакцию на воображаемую, неизвестную угрозу. В основе тревожности всегда лежат внутренние конфликты личности. Для тревожности также характерна пролонгированность, т.е. ей свойственно растягиваться во времени, постоянно повторяться или становиться непрерывной.

С физиологической точки зрения тревожность является реактивным состоянием. Она вызывает физиологические изменения, подготавливающие организм к борьбе — отступлению или сопротивлению. При тревожности возбуждается сердечно-сосудистая система (учащается ритм сердца, повышается кровяное давление), а деятельность пищеварительного тракта угнетается (уменьшается активность секрети и перистальтика). Кровь из пищеварительного тракта "пересылается" в мышечную систему, т.е. организм готовится к активной деятельности. Тревожность проявляется на трех уровнях:

1. Нейроэндокринном (продукция адреналина — эpineфрин).
2. Психическом (неопределенные опасения).
3. Соматическом или моторно-висцеральном (физиологические реакции различных систем организма на увеличение продукции эpineфрина):
 - a. Дерматологические реакции (кожные раздражения);
 - b. реакция сердечно-сосудистой системы (тахикардия, увеличение систолического давления);
 - c. реакция пищеварительного тракта (подавление деятельности слюнных желез — сухость во рту, неприятный привкус, анорексия, понос, запор и т.п.);
 - d. реакции дыхательной системы (учащенное дыхание, одышка, гипервентиляция);
 - e. генитально-уринальные реакции (учащенное мочеиспускание, нарушение менструации, боль в области таза, фригидность, импотенция);
 - f. вазомоторные реакции (потоотделение, покраснение);
 - g. реакции скелетно-мышечной системы (головные боли, боли в затылке, артралгии).

Широкий спектр физиологических реакций вследствие тревожности объясняет, почему продолжительная тревожность вызывает психосоматические расстройства, а само состояние тревожности нередко "маскируется" жалобами соматического характера. Такие клиенты, как правило, вначале попадают не к психологу или психотерапевту, а к врачу общей практики.

Каждый из нас, особенно в стрессовых ситуациях, испытывает тревожность. Однако для большинства людей это временное состояние, которое они преодолевают. В консультировании мы сталкиваемся с клиентами, для которых тревожность представляет мучительное, непроходящее состояние, нередко сопровождаемое неприятными физическими ощущениями. Психологически такой клиент чувствует, что с ним происходит что-то неладное, однако не может конкретизировать свое недомогание и не знает, когда и где с ним снова произойдет подобная безымянная трагедия. Человек, постоянно испытывающий тревожность, живет как бы под темным небом и не способен преодолеть напряжение ни усилиями собственной воли, ни с помощью близких. В таком состоянии

обычно и попадают к консультанту. Иногда это состояние проходит само собой, однако часто обостряется и становится все более трудно переносимым. Неопределенная тревожность особенно угнетает при неблагоприятных жизненных обстоятельствах. Когда существует постоянная угроза социальному положению, финансовому благополучию и т.п., все вокруг представляется потенциально угрожающим. Социальное окружение, жизненные условия не столько непосредственно порождают внутренние конфликты, сколько подчас создают благоприятную почву для их проявления в полную силу.

Работа консультанта с клиентом, который обратился из-за постоянной тревожности, утомительна, так как клиенту порой трудно объяснить, какие проблемы скрыты за этим изнуряющим переживанием. Консультант должен уметь разглядеть разные «лики» тревожности, поскольку тревожность часто проявляется не напрямую, а «перевоплощается». Bird (1973) выделил множество таких «воплощений».

Одна из наиболее частых «маскировок» тревожности — переименование. «Я раздражен; я в напряжении; у меня слабость; я боюсь; мне грустно; я постоянно просыпаюсь по ночам; я не чувствую себя самим собой» — клиенты используют десятки слов и выражений для обозначения состояния тревожности.

Очень часто тревожность выражается соматическими симптомами. Большинство клиентов связывают их со специфическими ситуациями, вызывающими тревожность. Однако неправильно называть такие симптомы «функциональными», «на нервной почве» и т.п., поскольку клиент чувствует себя как бы обвиненным в симуляции и жалующимся на что-то фиктивное, поэтому прибегает к отрицанию и другим средствам психологической защиты. Иногда соматические жалобы представляют собой просто способ заявить о своей тревожности. Например, когда клиент жалуется, что у него болит голова в присутствии жены, консультант имеет возможность прояснить проблему: «Кажется, Вы хотите мне сказать, что в присутствии жены по каким-то причинам нервничаете, и Ваша тревожность проявляется головной болью. Если нам удастся узнать, что вызывает у Вас тревожность, мы сможем одолеть эту головную боль». Подобная тактика значительно лучше, чем прямое утверждение: «У Вас головная боль на нервной почве». Соматические симптомы не обязательно возникают вследствие тревожности — часто они просто замещают тревожность.

Порой тревожность маскируется определенными действиями. Весь спектр навязчивых действий — от стучания пальцами по столу, кручения пуговиц, докучливого моргания глазами, почесывания и до переедания, чрезмерного пьянства или курения, навязчивой потребности покупать вещи — может означать тревожность из-за конфликтной жизненной ситуации.

Тревожность также нередко скрывается за другими эмоциями. Раздражительность, агрессивность, враждебность могут выступать в качестве реакций на вызывающие тревогу ситуации. Некоторые клиенты

сами объясняют, что, когда они начинают испытывать напряжение, то становятся саркастичными, язвительными, трудно уживчивыми. Другие клиенты в подобных ситуациях, наоборот, становятся холодными, скованными, неразговорчивыми. Второй тип реакций обычно выражает внутренний конфликт между бессилием и агрессивностью, и этот конфликт парализует активность. Когда мы сталкиваемся с такими клиентами, их поведение вызывает раздражение и злобу, но одновременно позволяет получить ключ к пониманию проблем, подлежащих разрешению. Ведь окружающие клиентов люди испытывают сходные чувства при общении с ними.

Многоречивость тоже способ маскировки тревожности. Таким образом клиент стремится скрыть свою тревожность и «обезоружить» консультанта. Словесный поток не следует прерывать, нужно лишь уделить внимание скрывающейся за ним тревожности. Непрерывное говорение - это своеобразная форма самозащиты, которую неосмотрительно сразу ломать. Консультант сквозь призму собственных чувств должен проанализировать мотивы многоговения, имея в виду, что в повседневной жизни клиент точно так же досаждаёт окружающим пустыми разговорами, стараясь и спрятать свою тревожность, и убежать от нее.

Некоторые клиенты, чтобы завуалировать свою тревожность и подавить активность консультанта, постоянно перебивают его. Это заметно фрустрирует консультанта, но большинство клиентов не являются опытными «прерывателями», и консультант легко справляется с ситуацией. Трудно в тех случаях, когда на самом деле клиент малоразговорчив и не стремится заполнять паузы между высказываниями, однако сразу перебивает консультанта, когда тот начинает говорить. Даже если консультант пытается возразить, такой клиент не останавливается, как бы не слыша его слов. Консультанту тогда следует не вступать в конкуренцию, а резко оборвать клиента и указать на недопустимость подобного поведения. Стремление прерывать консультанта может быть обусловлено не вполне осознанным страхом перед каким-либо вопросом или высказыванием. Иногда разумно прямо спросить, понимает ли клиент, что делает. Прямой вопрос поможет клиенту осознать способ своего поведения в состоянии тревожности.

Определенная категория клиентов защищается от тревожности парадоксальным путем. Они с демонстративной открытостью рассказывают о своих заботах и спрашивают, что им делать. Так ведут себя и с консультантом. Такое подчеркнутое выпячивание тревожности, как правило, является проявлением враждебности, и консультант должен обратить на это внимание клиента.

Тревожность может мотивировать сопротивление самому процессу консультирования. По существу происходит сопротивление осознанию внутренних конфликтов, а тем самым и усилению тревожности. Сопrotивляясь, клиент старается контролировать свою открытость, высказывать только «цензурированные» мысли и чувства, быть как можно

более безличностным, подавлять свои чувства по отношению к консультанту. Замечания консультанта должны, напротив, обращать внимание клиента на то, каким образом он избегает тревожности: «Вы изменили тему беседы?», «Вы пытаетесь переключить внимание на меня?», «Вы хотите, чтобы я указал Вам тему высказывания?», «Мы снова возвращаемся назад — Вы стремитесь навязать мне руководство беседой» и т.п.

Иногда тревожность заставляет клиента не только сопротивляться, но и демонстрировать враждебность к консультанту, чаще всего в скрытой форме. Клиент с презрением и сарказмом критикует глупых консультантов, которых посещал прежде, рассказывает истории об ошибках психологов и психотерапевтов. Более утонченная форма наступления на консультанта состоит в стремлении подружиться с ним, чтобы консультант воспринимал клиента не как клиента, а как друга. Тревожный клиент- мужчина старается найти общие интересы с консультантом и выступать в роли его партнера по хобби. С этой целью клиенты приносят почтовые марки или другие коллекционируемые предметы, стремясь осуществить обмен, приглашают консультанта на чашку кофе или обед и т.п. Женщины ведут себя сходным образом, но с характерной для них спецификой — стараются подчеркнуть свою женскую привлекательность, демонстрируют материнское или сестринское поведение, проявляют озабоченность внешним видом и здоровьем консультанта, что создает у них иллюзию дружеских отношений. Такое поведение клиентов направлено на «уничтожение» консультанта как профессионала; побуждающими мотивами выступают страх и тревожность, отрицание серьезности проблем. Если консультант поддается влиянию и действительно становится "другом" клиента, возникает много серьезных трудностей в консультативном контакте и, можно сказать, консультирование как таковое заканчивается. Консультируя тревожных клиентов, важно знать не только способы, которыми они маскируют свою тревожность, но и средства, с помощью которых стремятся избавиться от неприятного воздействия тревожности. Этими средствами служат механизмы психологической защиты, которые впервые описали S. Freud и его дочь A. Freud. Механизмы функционируют автоматически, на бессознательном уровне. Использование защитных механизмов для уменьшения тревожности не представляет патологии, пока не становится утрированным и не начинает искажать понимание реальности и ограничивать гибкость поведения. Описано много механизмов психологической защиты.

1. *Вытеснение*. Это процесс произвольного устранения в бессознательное неприемлемых мыслей, побуждений или чувств. Freud подробно описал защитный механизм мотивированного забывания. Он играет существенную роль в формировании симптомов. Когда действие этого механизма для уменьшения тревожности оказывается недостаточным, подключаются другие защитные механизмы, позволяющие вытесненному

материалу осознаваться в искаженном виде. Наиболее широко известны две комбинации защитных механизмов:

а. вытеснение + смещение. Эта комбинация способствует возникновению фобических реакций. Например, навязчивый страх матери, что маленькая дочка заболит тяжелой болезнью, представляет собой защиту против враждебности к ребенку, сочетающую механизмы вытеснения и смещения;

б. вытеснение + конверсия (соматическая символизация). Эта комбинация образует основу истерических реакций.

2. *Регрессия*. Посредством этого механизма осуществляется неосознанное нисхождение на более ранний уровень приспособления, позволяющий удовлетворять желания. Регрессия может быть частичной, полной или символической. Большинство эмоциональных проблем имеют регрессивные черты. В норме регрессия проявляется в играх, в реакциях на неприятные события (например, при рождении второго ребенка малыш первенец перестает пользоваться туалетом, начинает просить соску и т.п.), в ситуациях повышенной ответственности, при заболеваниях (больной требует повышенного внимания и опеки). В патологических формах регрессия проявляется при психических болезнях, особенно при шизофрении.

3. *Проекция*. Это механизм отнесения к другому лицу или объекту мыслей, чувств, мотивов и желаний, которые на сознательном уровне индивид у себя отвергает. Нечеткие формы проекции проявляются в повседневной жизни. Многие из нас совершенно не критичны к своим недостаткам и с легкостью замечают их только у других. Мы склонны винить окружающих в собственных бедах. Проекция бывает и вредоносной, потому что приводит к ошибочной интерпретации реальности. Этот механизм часто срабатывает у незрелых и ранимых личностей. В случаях патологии проекция приводит к галлюцинациям и бреду, когда теряется способность отличать фантазии от реальности.

4. *Интроекция*. Это символическая интернализация (включение в себя) человека или объекта. Действие механизма противоположно проекции. Интроекция выполняет очень важную роль в раннем развитии личности, поскольку на ее основе усваиваются родительские ценности и идеалы. Механизм актуализируется во время траура, при потере близкого человека. С помощью интроекции устраняются различия между объектами любви и собственной личностью. Порой вместо озлобленности или агрессии по отношению к другим людям уничижительные побуждения превращаются в самокритику, самообесценивание, потому что произошла интроекция обвиняемого. Такое часто встречается при депрессии.

5. *Рационализация*. Это защитный механизм, оправдывающий мысли, чувства, поведение, которые на самом деле неприемлемы. Рационализация — самый распространенный механизм психологической защиты, потому что наше поведение определяется множеством факторов, и когда мы объясняем его наиболее приемлемыми для себя мотивами, то

рационализируем. Бессознательный механизм рационализации не следует смешивать с преднамеренными ложью, обманом или притворством. Рационализация помогает сохранять самоуважение, избежать ответственности и вины. В любой рационализации имеется хотя бы минимальное количество правды, однако в ней больше самообмана, поэтому она и опасна.

6. *Интеллектуализация.* Этот защитный механизм предполагает преувеличенное использование интеллектуальных ресурсов в целях устранения эмоциональных переживаний и чувств. Интеллектуализация тесно связана с рационализацией и подменяет переживание чувств размышлениями о них (например, вместо реальной любви — разговоры о любви).

7. *Компенсация.* Это бессознательная попытка преодоления реальных и воображаемых недостатков. Компенсаторное поведение универсально, поскольку достижение статуса является важной потребностью почти всех людей. Компенсация может быть социально приемлемой (слепой становится знаменитым музыкантом) и неприемлемой (компенсация низкого роста - стремлением к власти и агрессивностью; компенсация инвалидности - грубостью и конфликтностью). Еще выделяют прямую компенсацию (стремление к успеху в заведомо проигрышной области) и косвенную компенсацию (стремление утвердить себя в другой сфере).

8. *Реактивное формирование.* Этот защитный механизм подменяет неприемлемые для осознания побуждения гипертрофированными, противоположными тенденциями. Защита носит двуступенчатый характер. Сначала вытесняется неприемлемое желание, а затем усиливается его антитеза. Например, преувеличенная опека может маскировать чувство отвержения, преувеличенное слащавое и вежливое поведение может скрывать враждебность и т. п.

9. *Отрицание.* Это механизм отвержения мыслей, чувств, желаний, потребностей или реальности, которые неприемлемы на сознательном уровне. Поведение таково, словно проблемы не существует. Примитивный механизм отрицания в большей мере характерен для детей (если спрятать голову под одеялом, то реальность перестанет существовать). Взрослые часто используют отрицание в случаях кризисных ситуаций (неизлечимая болезнь, приближение смерти, потеря близкого человека и т.п.).

10. *Смещение.* Это механизм направления эмоций от одного объекта к более приемлемой замене. Например, смещение агрессивных чувств от работодателя на членов семьи или другие объекты. Смещение проявляется при фобических реакциях, когда тревожность от скрытого в бессознательном конфликта переносится на внешний объект.

Консультирование шизоидных личностей

Шизоидная личность представляет одну из наибольших трудностей в работе консультанта или психотерапевта, а крайнее ее проявление — шизофрения — одно из глубочайших и сложнейших нарушений психики. Контуры шизоидной личности можно очертить по основным симптомам шизофрении. Впервые термин «шизофрения» использовал известный психиатр Eugen Bleuler в 1911 г. Важнейшие симптомы этого нарушения психики он описал известной формулой «четырёх А» (цит. по: Kennedy, 1977):

1. *Аффективность.* У больного шизофренией нарушается эмоциональная сфера. Его эмоциональная жизнь становится очень скудной. Нередко эмоциональные реакции неадекватны (например, смех в рассказе о смерти близкого человека), т.е. эмоциональные переживания не соответствуют содержанию мыслей.

2. *Ассоциативность.* Шизофреникам свойственна утрата логической последовательности мыслей. На основе свободно возникающих ассоциаций у них происходит перескакивание от одной мысли к другой. Способ мышления кажется странным и хаотичным, ответы на вопросы бывают совершенно неадекватными. Иногда ассоциативные нарушения могут быть очень утонченными и трудно заметными.

3. *Аутизм.* Мышление шизоида крайне субъективно и эгоцентрично. Он кажется погруженным в мечты и фантазии, которые постепенно подменяют реальность. Нередко словам придается особый смысл, и консультанту трудно понять, о чем говорит клиент. Такой индивидуальный словарь указывает на аутичность мышления.

4. *Амбивалентность.* Хотя большинство людей испытывают двойственность в тех или иных ситуациях, шизоидная личность амбивалентна почти во всем. Она переполнена противоречивыми чувствами, установками и взглядами по отношению к другим людям и к своим жизненным условиям.

Шизоидные клиенты попадают на психологическое консультирование или психотерапию по разным причинам. Частой причиной обращения служит неверие, что окружающие способны их понять и помочь, поэтому они ищут помощи у специалистов, от которых ждут понимания своих трудностей. Обычно шизоиды жалуются на невозможность установить и поддерживать отношения, особенно с лицами противоположного пола, на неспособность сконцентрироваться и закончить начатую работу, на плохое настроение.

Шизоидные клиенты испытывают много трудностей в отношениях с другими людьми. Они недоверчивы, поэтому у них очень мало или вообще нет друзей. Иногда шизоид завязывает дружбу с себе подобным, однако отношения бывают хрупкими и редко длятся продолжительное время. Шизоидные клиенты боятся близости, интимности, потому что реакции других людей вызывают у них амбивалентные чувства. От близости они защищаются, избегая любых эмоциональных проявлений в межличностных

отношениях. Поскольку чувства важны в жизни людей, шизоидная личность балансирует на грани переживания бессмысленности жизни. Избегание близких отношений шизоидные клиенты объясняют тем, что такие отношения их изнуряют, а также обременительны окружающим. «Сбережение» себя в общении приводит к осторожности и не позволяет вести себя спонтанно. Возникновение установки на избегание близких межличностных связей объясняется (Storr, 1980) специфичным поведением родителей в детстве. Уход за малышом отнимает у родителей много физической и психической энергии, и шизоидные родители, которым чужд мир ребенка, его потребности, чувствуют себя истощенными. В результате ребенок не получает необходимые ему любовь и понимание. У него формируется убеждение, что любовь возможна только в воображении. Позднее, в зрелом возрасте, эмоциональные отношения воспринимаются не как взаимообогащающие, а как истощающие, и наиболее безопасным представляется уклонение от них. Стремясь восполнить недостаток контактов с внешним миром, шизоидные личности создают богатый воображаемый мир. Недоступность реальных отношений и подлинной любви шизоиды компенсируют в воображении, наделяя себя величием. Плоды воображения шизоидная личность старается воплотить в реальность. В межличностных отношениях это выражается позой превосходства, что неприемлемо для большинства людей.

Кстати, шизоидные индивиды могут испытывать зависимость от других, считая, что не способны позаботиться о себе или устроить свою жизнь. Чувство бессилия — одна из причин регрессии таких клиентов до примитивных форм приспособления к окружению. С другой стороны, шизоидной личности больно чувствовать себя зависимой, потому что это ранит ее гордость.

Особенности шизоидной личности затрудняют установление и поддержание с ней контакта. Консультант часто чувствует, как подметила Storr (1980), что у шизоидов отличается «длина волн». В отношениях с такими клиентами очень важна заинтересованность и желание помочь, а не диагностический подход. За тяжелыми нарушениями кроется уникальный человек, и даже малая толика простой человечности консультанта может дать неплохие результаты и облегчить страдания шизоидного клиента.

Консультанту следует понимать степень изоляции шизоидного клиента. Первый контакт должен быть интеллектуализирован. Шизоидного клиента легко напугать непосредственным проникновением в его эмоциональную жизнь. Консультант также должен принимать во внимание противоречие между желанием клиента быть с людьми и страхом перед окружающими. Поспешность в установлении с клиентом близкого контакта может спровоцировать его бегство. Однако, если консультант будет слишком нейтрален и чрезмерно отдаляться от клиента, тот может почувствовать себя отвергнутым. Не надо забывать, что оптимальная дистанция во взаимоотношениях — лучший подарок шизоидному клиенту.

Консультант должен помнить, что в консультировании шизоидный клиент ведет себя, как и в других жизненных ситуациях, например в семье. Эти клиенты часто стараются, чтобы окружающие их люди испытывали чувство вины.

Вопросы для самоконтроля:

1. Консультирование истерических личностей.
2. Консультирование при параноидальных расстройствах.
3. Консультирование обсессивных личностей
4. Консультирование враждебно настроенных и агрессивных клиентов.
5. Консультирование враждебно настроенных и агрессивных клиентов.
6. Консультирование клиентов с депрессией и суицидными намерениями.
7. Консультирование при переживании утраты.
8. Консультирование тревожных пациентов.

Тесты для оценки уровня знаний студентов

1. Личная дистанция общения составляет:
 - от 1,5 до 3-4м
 - + от 40 см до 1,5м
 - от 0 до 40 см
 - свыше 4 м
 - свыше 6 м
2. Официальная (общественная) дистанция общения составляет:
 - от 0 до 40 см
 - от 40см до 1,5 м
 - + от 1,5 до 3-4 м
 - свыше 4м
 - свыше 6м
3. Открытая (публичная) дистанция общения составляет:
 - + свыше 4 м
 - от 0 до 40 см
 - от 40 до 1,5 м
 - от 1,5 до 3 м
 - от 3 до 4 м
4. Невербальное взаимодействие включает всё кроме:
 - жестов
 - мимики
 - + слов
 - позы
 - вегетативных кожных реакций
5. Вербальный уровень общения характеризуется, прежде всего:
 - жестами
 - мимикой
 - позой
 - вегетативными кожными реакциями
 - + интонациями
6. Конгруэнтное, эффективное поведение врача включает всё кроме:
 - достаточного уровня присоединения к пациенту
 - визуального контакта
 - адекватного языка жестов
 - + рефлексии
 - невербального и вербального следствия рассказу собеседника
7. К принципам клинического интервьюирования относятся все за исключением одного:
 - алгоритмизованность
 - доступность
 - беспристрастность
 - + стереотипность

- проверяемость

8. Анализ визуального контакта в процессе клинического интервьюирования позволяет оценить:

- уровень интеллекта

- + индивидуально-психологические особенности

- состояние сознания

- особенности волевой деятельности

- нейропсихологические особенности

9. Визуальная система репрезентации - это:

- звуки

- двигательные ощущения

- + зрительные образы

- тактильные ощущения

- вкусовые ощущения

10. К принципам клинического интервьюирования относятся все за исключением одного:

- алгоритмизованность

- доступность

- беспристрастность

- + стереотипность

- проверяемость

8. ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОММУНИКАЦИИ РАБОТНИКА СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Гиппократ писал: «В медицине есть три составляющих: болезнь, больной и врач... Больному нелегко понять, что происходит, почему ему становится лучше или хуже, именно врач должен ему все объяснить».

Профессионализм медработника определяется не только тем, насколько хорошо он знает этиологию и патогенез болезней, методы их диагностики и лечения, но и его умением консультировать, т. е. общаться, учить, советовать. Умение общаться определяет его взаимоотношения с больным только завоевав доверие больного, можно собрать подробный анамнез, объяснить, что от него требуется в процессе лечения. Опытный специалист излагает свои мысли так, чтобы они были доступны, не порождали тревогу. Он умеет не подорвать доверия к себе и не отнять у больного надежду на успех лечения.

Медицинская деонтология (греч, deon, deontos должное, надлежащее + logos учение) - совокупность этических норм и принципов поведения медработника при выполнении профессиональных обязанностей, предполагающая оказание больному максимально возможной помощи, имеющая целью исключить возможность причинения ему вреда и благоприятствующая повышению эффективности лечения больного и профилактике болезней.

Аспектами медицинской деонтологии являются:

- взаимоотношения медицинских работников с больными;
- взаимоотношения медицинских работников с родственниками больного;
- взаимоотношения медицинских работников между собой.

Все пациенты имеют право на получение высококачественной медицинской помощи, которое должны обеспечить медицинские работники.

Важнейшее значение для этого имеют профессиональная квалификация специалиста; хорошие взаимоотношения с больными и коллегами; соблюдение правил профессиональной этики.

Основные этические принципы медицинского работника

Главными целями профессиональной деятельности медицинского работника являются: уход за пациентами, облегчение их страданий, восстановление и укрепление их здоровья, предупреждение болезней. Для реализации указанных целей при выполнении своих функциональных обязанностей медработники должны знать и соблюдать следующие основные такие этические принципы, как гуманность и милосердие.

Для реализации указанных целей при выполнении своих функциональных обязанностей должны знать и соблюдать следующие основные такие этические принципы, как гуманность и милосердие.

Реализация этических начал в медицине включает:

- информирование пациента о его правах; информирование пациента о состоянии его здоровья;
- гуманное отношение к пациенту; уважение человеческого достоинства пациента; недопущение морального и физического ущерба пациенту (не навреди);
- уважение права пациента на проведение медицинского вмешательства или отказа от него; уважение автономии пациента;
- уважение права пациента на качественную и своевременную медицинскую помощь;
- проявление бережного отношения к умирающему больному (дистрибутивная справедливость);
- хранение профессиональной тайны;
- поддержание на высоком уровне своей профессиональной компетентности;
- защиту пациента от некомпетентного медицинского вмешательства;
- поддержание уважения к своей профессии;
- уважительное отношение к своим коллегам;
- участие в медико-санитарном просвещении населения.

Моральный долг медработника - информировать пациента о его правах. Она должна сообщать больному имена и должности, принимающих участие в его лечении. Учитывая, что функция информирования пациента и его близких, по преимуществу, принадлежит врачу, остальные медработники имеют моральное право передавать профессиональные сведения лишь по согласованию с лечащим врачом.

Превыше всего медицинский работник должен ставить сострадание и уважение к жизни пациента. Он обязан уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний. Долг медицинского работника никогда не участвовать в действиях, направленных против физического и психического здоровья людей, не ускорять наступление смерти и не способствовать самоубийству больного.

Медицинский работник должен быть постоянно готов оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, социального или материального положения и других различий. Осуществляя уход, необходимо учитывать личные нужды пациента, уважать его право на участие в планировании и проведении лечения.

В общении с больными никогда не следует забывать о следующих правилах: всегда внимательно выслушивать пациента, задавая вопрос, всегда обязательно дожидаться ответа, излагать свои мысли ясно, просто, доходчиво. Проявления высокомерия, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом недопустимы. При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам

медработники должны руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию.

Главным этическим принципом в медицине является принцип – не навреди. Не причинение вреда, ущерба здоровью пациента – есть первейшая обязанность каждого медицинского работника. Пренебрежение этой обязанностью в зависимости от ущерба здоровью больного может стать основанием для привлечения медицинского работника к судебной ответственности.

Недопустимо нанесение морального или физического ущерба пациенту ни намеренно, ни по небрежности, ни по причине профессиональной некомпетентности. Не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту такой вред. Действия медицинских работников по уходу за больным, любые другие медицинские вмешательства, сопряженные с болевыми ощущениями и иными временными негативными явлениями, допустимы лишь в его интересах. Риск, сопровождающий медицинское вмешательство, не может быть выше ожидаемой пользы. Произведя медицинские вмешательства, чреватые риском, медработник обязан предусмотреть меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений.

Право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказываться от него. Важным принципом в современном здравоохранении является принцип информированного добровольного согласия. Этот принцип означает, что медицинский работник должен максимально полно информировать больного и дать ему оптимальные советы. Только после этого больной должен сам выбрать свои действия. При этом в нашей стране закон дает право пациенту получать всю информацию. Предоставление неполной информации является обманом. Медицинский работник должен уважать право пациента или его законного представителя (когда она имеет дело с ребенком или недееспособным душевнобольным) соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказываться от него. Должны быть уверены, что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознанно, то есть без какого-либо принуждения или обмана и при ясном понимании характера воздействия на его физическое или психическое здоровье. Моральный и профессиональный долг медицинского работника - в меру своей квалификации разъяснять пациенту последствия отказа от медицинской процедуры. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником. Если пациент не в состоянии выразить свою волю, медработник вправе осуществлять показанные ему неотложное медицинское вмешательство, в пределах своей компетентности, на основе своего собственного решения.

Право пациента на качественную и своевременную медицинскую помощь (дистрибутивная справедливость)

В современных условиях особенно важен принцип дистрибутивной справедливости, который означает обязательность предоставления и равнодоступность медицинской помощи. К сожалению, дистрибутивная несправедливость особенно часто возникает при распределении дорогостоящих лекарств, используемых сложных оперативных вмешательств и т.п. При этом наносится огромный моральный ущерб тем больным, которые в силу ряда причин обделены тем или иным видом медицинской помощи. Медицинский работник обязан оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам. Она несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Профессиональная и этическая обязанность медицинской сестры - оказывать, в меру своей компетенции, неотложную медицинскую помощь любому человеку, нуждающемуся в ней.

Пациенты, подавшие жалобу на качество оказанной им медицинской помощи, имеют право рассчитывать на быстрый, честный, конструктивный и искренний ответ. В нем должны содержаться объяснение произошедшего и, при необходимости, извинения. Недопустимо, чтобы жалобы пациента послужили причиной ухудшения качества оказываемой ему впоследствии медицинской помощи.

В основе медицинской профессии лежит и уважение к жизни, включающее принцип священности человеческой жизни, и принцип качества (осмысленности) жизни. Успешное осуществление диагностических и лечебных мероприятий, качественного ухода за больными возможно только тогда, когда весь коллектив медицинского учреждения и каждый член этого коллектива постоянно соблюдают требования медицинской деонтологии. Необходимым является установление контакта и доверительных взаимоотношений с больным. Этому способствуют здоровый психологический климат в лечебном учреждении, атмосфера внимания к больному, заботы о нем, четкость выполнения диагностических и лечебных процедур, хорошие деловые, основанные на взаимном уважении и доверии отношения между сотрудниками. Чтобы оправдать это доверие, медицинские работники должны обеспечивать соответствие своих действий высоким стандартам профессиональной квалификации, и осознавать принимаемую на себя ответственность за жизнь других.

Вопросы для самоконтроля:

1. Профессиональная психическая деформация.
2. Объяснение и планирование, информирование пациента.
3. Психологические требования к личности медицинского работника.
4. Взаимоотношения специалистов в медицинской среде.
5. Этические принципы специалистов в медицине.

Тесты для оценки заключительного уровня знаний студентов

1. Для синдрома профессионального «угасания» типично все кроме:
 - астено-апатического состояния
 - гипостимуляции
 - + гиперстимуляции
 - эмоционального, физического и когнитивного истощения
2. Столкновение двух противоречащих тенденций в структуре личности - это:
 - + конфликт
 - фрустрация
 - психологическая защита
 - конфронтация
 - внутренний конфликт
3. Способ преодоления отрицательных эмоциональных состояний, связанных с неразрешимым внутренним конфликтом - это:
 - психологическая защита
 - рефлексия
 - конформизм
 - фрустрация
 - психологическая коррекция
4. Исключение из сознания неприемлемых желаний, мыслей – это:
 - замещение
 - смещение
 - проекция
 - отрицание
 - + вытеснение
5. Решение конфликта через болезнь - это:
 - соматизация
 - интериоризация
 - гетероагрессия
 - аутоагрессия
 - подавление
6. Состояние сильного эмоционального напряжения, вызванного блокадой на пути к значимой потребности - это:
 - Психотравма
 - Оглушение
 - + Фрустрация
 - Сумеречное состояние
 - Депривация
7. К «трудным» относятся пациенты, имеющие:
 - эпилептоидные черты;
 - + депрессивные черты с суицидальной настроенностью;
 - гипертимные черты;
 - астено-невротические черты.

8. Синдром эмоционального сгорания — следствие:

- + неуверенности в себе и повышенной ответственности;
- чрезмерной впечатлительности;
- профессиональной некомпетентности;
- критики со стороны старших.

9. Профессиональная адаптация заключается в:

- отработке практических навыков;
- повышении уровня знаний;
- установлении эмоциональной дистанции с больными;
- + совершенствовании профессионализма, установлении адекватной эмоциональной дистанции с больными, формировании индивидуального врачебного «имиджа»

10. Властная, авторитарная модель отношений «врач — больной» с фиксированной структурой и жестким распределением ролей — это модель:

- руководства;
- партнерства;
- руководства-партнерства;
- модель контракта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В учебно-методическом пособии представленные основы медицинской психологии и деонтологии рассматриваются как неотъемлемая часть психологического образования, непрерывного профессионального развития и являются важными для формирования и поддержки взаимоотношений работника социально-психологической с пациентом, сбора и обмена информацией, принятия решений, а также взаимодействия с коллегами и другими специалистами, вовлеченными в оказание медицинской и социальной помощи.

Данное пособие направлено на изучение основных принципов эффективного общения с пациентом, членами его семьи, коллегами, что важно не только для понимания течения заболевания пациента как процесса, но и для понимания мышления пациента, его мнения, ощущений и ожиданий и принятия наилучшего решения в отношении каждого пациента.

Коммуникативная компетентность необходима в деятельности медработника для успешного взаимодействия с коллегами и эффективной работы в команде специалистов здравоохранения для оказания квалифицированной медицинской помощи.

Пособие содержит подробное описание основ общей психологии, аспектов коммуникативного процесса в профессиональной деятельности медицинского работника, особенности консультирования пациентов с психологическими нарушениями. Большое значение имеют представленные в учебно-методическом пособии материалы для повышения уровня клинико-психологической подготовки специалистов, формирование понимания значимости навыков эффективного и бесконфликтного общения с пациентами, родственниками пациентов и коллегами. Важным является правильное построение и ведение медицинского интервью с пациентами и их освоение. В разделе «Этические аспекты коммуникации работника социально-медицинской и психологической службы» раскрываются вопросы формирования понятия о медицинской этике и ее значении в профессиональной деятельности медицинского работника, обучение правильного информирования пациента относительно состояния здоровья, планируемого обследования и лечения, а так же формирование понятия о ятрогении, ятрогенных заболеваниях и медицинских ошибках.

В приложении представлены психологические методики на изучение эмоций и поведения, а также определения личностных особенностей, которые могут помочь специалистам психологам и работникам медицинского профиля в консультативной и коррекционной работе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней: пер. с англ. – М., 1995.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 2000.
3. Асимов М.А., Нурмуханбетов С.А., Игнатъев Ю.В. Коммуникативные навыки. – Алматы, 2009.
4. Блейлер Э. Аутистическое мышление// Хрестоматия по общей психологии. Психология мышления. М., 1981.
5. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1986.
6. Братусь Б.С. Аномалии личности. - М., 1988.
7. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. – М., 1960.
8. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. - М., 1933.
9. Глозман Ж.М. Личность и нарушения общения. М., 1987.
10. Годфруа Ж. Что такое психология. В 2-х т. Т. 2. /Пер. с франц. – М., 1999.
11. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М., 1999.
12. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. М., 1980.
13. Кан М. Между терапевтом и клиентом: новое в отношениях. М., 1997.
14. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. СПб, 2002.
15. Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: теория и практика: учеб. пособие. М., 2000.
16. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
17. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М., 1998.
18. Мейер В., Чессер Э. Методы поведенческой терапии. СПб., 2001.
19. Островская И.В. «Психология. Учебник для медицинских училищ и колледжей» 2-е изд., испр. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014.
20. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л., 1982.
21. Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей. М., 1990.
22. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: Учебник. - СПб., 2000.
23. Ковалев А.Г. Психология личности. – М., 1972.
24. Ковалев В.В. Неврозы и реактивные состояния в свете динамического изучения. – В кн.: Неврозы и их лечение. – 1969. - С. 221-226.

25. Крылов А.А. Практикум по экспериментальной и прикладной психологии. - Л., 1990.
26. Лазарус Р.С. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. – Л.: Медицина, 1970.
27. Меерсон Ф.З. Адаптационная медицина: механизмы и защитные эффекты адаптации. – М.: Нурохиа Medical LTD, 1993.
28. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л., 1960.
29. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М., МГУ, 1987.
30. Павлов И.П. Физиология нервной системы //И.П. Павлов, И.М. Сеченов, Н.Е. Введенский. Л., 1952. - Т. IV. - С. 135-152.
31. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – М.: Педагогика, 1989.
32. Селье Г. Стресс без дистресса. /Г.Селье. – М., 1979.
33. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. и др. Психосоматические расстройства: Клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи //Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 1999. - Т. 99. - № 4. - С. 4-16.
34. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1989.
35. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций. Тексты. М., 1984.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Методика «Удовлетворённость профессией» В. А. Ядова в модификации Н. В. Кузьминой и А. А. Реана

Инструкция: обведите кружком те пункты, которые отражают Ваше отношение к избранной профессии. В колонке **А** отмечено то, что «привлекает», в колонке **Б** – что «не привлекает». Отмечайте только то, что для Вас действительно значимо. Делать выбор во всех без исключения строках не обязательно.

А

1. Профессия одна из важнейших в обществе
2. Работа с людьми
3. Работа требует постоянного творчества
4. Работа, не вызывает переутомления
5. Большая зарплата
6. Возможность самосовершенствования
7. Работа соответствует моим способностям
8. Работа соответствует моему характеру
9. Небольшой рабочий день
10. Отсутствие частого контакта с людьми
11. Возможность достичь социального признания, уважения

Б

1. Мало оценивается важность труда
2. Не умею работать с людьми
3. Нет условий для творчества
4. Работа вызывает переутомление
5. Небольшая зарплата
6. Невозможность самосовершенствования
7. Работа не соответствует моим способностям
8. Работа не соответствует моему характеру
9. Большой рабочий день
10. Частый контакт с людьми
11. Невозможность достичь социального признания, уважения

Методика «Индекс жизненного стиля»

Инструкция: Внимательно прочитайте приведенные ниже утверждения, описывающие чувства, поведение и реакции людей в определенных жизненных ситуациях, и если они имеют к Вам отношение, то отметьте соответствующие номера знаком "+", если нет, то знаком "-".

1. Я человек, с которым очень легко поладить.
2. Когда я чего-то хочу, у меня не хватает терпения подождать.
3. Всегда был такой человек, на которого я хотел бы походить.
4. Люди считают меня сдержанным, рассудительным человеком.
5. Мне противны непристойные кинофильмы.
6. Я редко помню свои сны.
7. Люди, которые всюду распоряжаются, приводят меня в бешенство.
8. Иногда у меня возникает желание пробить кулаком стену.
9. Меня сильно раздражает, когда люди рисуются.
10. В своих фантазиях я всегда главный герой.
11. У меня не очень хорошая память на лица.
12. Мыться не в своей ванне для меня большая пытка.
13. Я всегда внимательно выслушиваю все точки зрения в споре.
14. Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.
15. Когда в толпе кто-то толкает меня, я испытываю желание ответить тем же.
16. Много во мне восхищает людей.
17. Отправляясь в поездку, я обязательно планирую каждую деталь.
18. Иногда, без всякой причины, на меня нападает упрямство.
19. Друзья почти никогда не подводят меня.
20. Мне случалось думать о самоубийстве.
21. Меня оскорбляют непристойные шутки.
22. Я всегда вижу светлые стороны вещей.
23. Я ненавижу недоброжелательных людей.
24. Если кто-нибудь говорит, что я не смогу что-то сделать, то я нарочно хочу сделать это, чтобы доказать ему неправоту.
25. Я испытываю затруднения, вспоминая имена людей.
26. Я склонен к излишней импульсивности.
27. Я терпеть не могу людей, которые добиваются своего, вызывая к себе жалость.
28. Я ни к кому не отношусь с предубеждением.
29. Иногда меня беспокоит, что люди подумают, будто я веду себя странно, глупо или смешно.
30. Я всегда нахожу логичные объяснения любым неприятностям.
31. Иногда мне хочется увидеть конец света.

32. Фильмы для взрослых вызывают у меня отвращение.
33. Иногда, будучи расстроен, я ем больше обычного.
34. У меня нет врагов.
35. Я не очень хорошо помню свое детство.
36. Я не боюсь состариться, потому что это происходит с каждым.
37. В своих фантазиях я совершаю великие дела.
38. Большинство людей раздражают меня, потому что они слишком эгоистичны.
39. Прикосновение к чему-либо склизкому вызывает во мне омерзение.
40. У меня часто бывают яркие, сюжетные сновидения.
41. Я убежден, что если буду неосторожен, люди воспользуются этим.
42. Я не скоро замечаю дурное в людях.
43. Когда я читаю или слышу о трагедии, это не слишком трогает меня.
44. Когда есть повод рассердиться, я предпочитаю основательно все обдумать.
45. Я испытываю сильную потребность в комплиментах.
46. Сексуальная невоздержанность отвратительна.
47. Когда в толпе кто-то мешает моему движению, у меня иногда возникает желание толкнуть его плечом.
48. Как только что-нибудь не по-моему, я обижаюсь и мрачнею.
49. Когда я вижу окровавленного человека на экране, это почти не волнует меня.
50. В сложных жизненных ситуациях я не могу обойтись без поддержки и помощи людей.
51. Большинство окружающих считают меня очень интересным человеком.
52. Я ношу одежду, которая скрывает недостатки моей фигуры.
53. Для меня очень важно всегда придерживаться общепринятых правил поведения.
54. Я склонен часто противоречить людям.
55. Почти во всех семьях супруги друг другу изменяют.
56. По-видимому, я слишком отстраненно смотрю на вещи.
57. В разговорах с представителями противоположного пола я стараюсь избегать щекотливых тем.
58. Когда у меня что-то не получается, мне иногда хочется плакать.
59. Из моей памяти часто выпадают некоторые мелочи.
60. Когда кто-то толкает меня, я испытываю сильное негодование.
61. Я выбрасываю из головы то, что мне не нравится.
62. В любой неудаче я обязательно нахожу положительные стороны.
63. Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.
64. Я почти ничего не выбрасываю и бережно храню множество разных вещей.

65. В компании друзей мне больше всего нравятся разговоры о прошедших событиях, развлечениях и удовольствиях.
66. Меня не слишком раздражает детский плач.
67. Мне случалось так разозлиться, что я готов был перебить все вдребезги.
68. Я всегда оптимистичен.
69. Я чувствую себя неуютно, когда на меня не обращают внимания.
70. Какие бы страсти не разыгрывались на экране, я всегда отдаю себе отчет в том, что это только на экране.
71. Я часто испытываю чувство ревности.
72. Я бы никогда специально не пошел на откровенно эротический фильм.
73. Неприятно то, что людям, как правило, нельзя доверять.
74. Я готов почти на все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75. Я никогда не бывал панически испуган.
76. Я не упущу случая посмотреть хороший триллер или боевик.
77. Я думаю, что ситуация в мире лучше, чем полагает большинство людей.
78. Даже небольшое разочарование может привести меня в уныние.
79. Мне не нравится, когда люди откровенно флиртуют.
80. Я никогда не позволяю себе терять самообладание.
81. Я всегда готовлюсь к неудаче, чтобы не быть застигнутым врасплох.
82. Кажется, некоторые из моих знакомых завидуют моему умению жить.
83. Мне случалось со зла так сильно ударить или пнуть по чему-нибудь, что я неумышленно причинял себе боль.
84. Я знаю, что за глаза кое-кто отзывается обо мне дурно.
85. Я едва ли могу вспомнить свои первые школьные годы.
86. Когда я расстроен, я иногда веду себя по-детски.
87. Мне намного проще говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88. Когда я бываю в отъезде и у меня случаются неприятности, я сразу начинаю сильно тосковать по дому.
89. Когда я слышу о жестокостях, это не слишком глубоко трогает меня.
90. Я легко переношу критику и замечания.
91. Я не скрываю своего раздражения по поводу привычек некоторых членов моей семьи.
92. Я знаю, что есть люди, настроенные против меня.
93. Я не могу переживать свои неудачи в одиночку.
94. К счастью, у меня меньше проблем, чем имеет большинство людей.
95. Если что-то волнует меня, я иногда испытываю усталость и желание выспаться.
96. Отвратительно то, что почти все люди, добившиеся успеха, достигли его с помощью лжи.
97. Нередко я испытываю желание почувствовать в своих руках пистолет или автомат.

Тест К.Леонгарда-Н.Шмишека

(Определение акцентуированной личности)

Акцентуаций личности – это чрезмерная выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, проявление во многом зависит от темперамента человека. К.Леонгард и Н.Шмишек выделяет 10 типов акцентуированной выраженности характера:

1. Застревающий
2. Возбудимый
3. Демонстративный
4. Педантичный
5. Гипертимный
6. Дистимный
7. Циклотимичный
8. Аффектно-экзальтированный
9. Тревожный
10. Эмотивный

Инструкция: Ответьте на эти утверждения «ДА» или «НЕТ»

1. У Вас часто веселое и беззаботное настроение?
2. Вы чувствительны к оскорблениям?
3. Бывает ли так, что у Вас на глазах наворачиваются слезы в кино, театре, в беседе и пр.?
4. Сделав что-то, Вы сомневаетесь, все ли сделано правильно до тех пор, пока еще раз убедитесь в том, что все сделано правильно?
5. В детстве Вы были таким же отчаянным и смелым, как все Ваши сверстники?
6. Часто ли у Вас меняется настроение от состояния безразличия до отвращения к жизни?
7. Являетесь Вы центром внимания в коллективе, в компании?
8. Бывает ли так, что Вы беспричинно находите в таком ворчливом настроении, что с Вами лучше не разговаривать?
9. Вы серьезный человек?
10. Способны ли Вы восторгаться, восхищаться чем-либо?
11. Предприимчивы ли Вы?
12. Вы быстро забываете, если Вас кто-то оскорбил?
13. Мягкосердечны ли Вы?
14. Опуская письмо в почтовый ящик, проверяете ли Вы, проводя рукой по щели ящика, что письмо полностью упало?
15. Стремитесь ли Вы считаться в числе лучших сотрудников?

16. Бывало ли Вам страшно в детстве во время грозы или при встрече с незнакомой собакой, а может, такое чувство бывает и теперь?
17. Стремитесь ли Вы во всем и всюду соблюдать порядок?
18. Зависит ли Ваше настроение от внешних обстоятельств?
19. Любят ли Вас Ваши знакомые?
20. Часто ли у Вас бывает чувство сильного внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятности?
21. У Вас часто бывает несколько подавленное настроение?
22. Бывает ли у Вас хотя бы один раз истерики или нервные срывы?
23. Трудно ли Вам усидеть на одном месте?
24. Если по отношению к Вам несправедливо поступили, энергично ли Вы отстаиваете свои интересы?
25. Можете ли Вы зарезать курицу, овцу?
26. Раздражает ли Вас, если дома занавес или скатерть висят неровно и Вы сразу же стремитесь поправить их?
27. В детстве Вы боялись оставаться один в доме?
28. Часто ли у Вас беспричинно меняется настроение?
29. Всегда ли Вы стремитесь быть достаточно сильным специалистом в своем деле?
30. Быстро ли Вы начинаете злиться или впадать в гнев?
31. Можете ли Вы быть совсем веселым?
32. Бывает ли так, что ощущение полного счастья буквально пронизывает Вас?
33. Как Вы думаете, получился бы из Вас ведущий, концерансье в концерте, представлении?
34. Вы обычно высказываете свое мнение достаточно откровенно и недвусмысленно?
35. Вам трудно переносить вид крови? Не вызывает ли это у Вас неприятного ощущение?
36. Любите ли Вы работу, где необходимо личная ответственность?
37. Склонны ли Вы защищать тех, по отношению к которым поступили, на Ваш взгляд, несправедливо?
38. Вам трудно, страшно спускаться в темный подвал?
39. Предпочитаете ли Вы работу, где необходимо действовать быстро, но не требуется высокого ее качества?
40. Общительный ли Вы человек?
41. В школе Вы охотно декламировали стихи?
42. Убегали ли Вы в детстве из дома?
43. Кажется ли Вам жизнь трудной?
44. Бывает ли так, что после конфликта или обиды Вы были до того расстроены, что заниматься делом казалось просто невыносимо?
45. Можно ли сказать, что при неудаче Вы не теряете чувства юмора?
46. Предпринимаете ли Вы первым шага к примирению, если Вас кто-нибудь обидел?

47. Вы очень любите животных?
48. Возвращаетесь ли Вы, чтобы убедиться, что оставили дом или рабочее место в порядке?
49. Преследуют ли Вас неясная мысль о том, что с Вами, Вашими близкими может случиться что-то страшное?
50. Считаете ли Вы, что Ваше настроение очень изменчиво?
51. Трудно ли Вам докладывать, выступать перед аудиторией?
52. Можете ли Вы ударить обидчика, если он оскорбит?
53. У Вас большая потребность в общении с другими людьми?
54. Вы относитесь к тем, кто при разочаровании впадает в глубокое отчаяние?
55. Вам нравится работа, требующая энергичной организаторской деятельности?
56. Настойчиво ли Вы добиваетесь намеченной цели, если на пути к ней приходится преодолевать массу препятствий?
57. Может ли трагический фильм взволновать Вас так, что на глазах выпустят слезы?
58. Часто ли вам трудно уснуть из-за того, что проблемы предыдущего или будущего дня все время крутятся у Вас в голове?
59. В школе Вы иногда подсказывали своим товарищам или давали им списывать?
60. Требуется ли Вам большое напряжение, чтобы ночью пройти через кладбище?
61. Тщательно ли Вы следите за тем, чтобы каждая вещь в вашей квартире была точно на одном же месте?
62. Бывает ли так, что перед сном у Вас хорошее настроение, а утром Вы встаете мрачным?
63. Легко ли Вы привыкаете к новым ситуациям?
64. Бывают ли у Вас головные боли?
65. Вы часто смеетесь?
66. Можете ли Вы приветливым с теми, кого явно не цените, не любите, не уважаете?
67. Вы подвижный человек?
68. Вы очень переживаете из-за несправедливости?
69. Вы настолько любите природу, что можете назвать себя ее другом?
70. Уходя из дому или ложась спать, Вы проверяете, погашен ли везде свет и запрет ли двери?
71. Вы очень боязливы?
72. Изменится ли Ваше настроение при приеме алкоголя?
73. Раньше Вы охотно участвовали в кружках художественной самодеятельности, а может, и сейчас участвуете?
74. Вы расцениваете жизнь скорее пессимистично, нежели радостно?
75. Часто ли Вас тянет попутешествовать?

76. Может ли Ваше настроение измениться так резко, что состояние радости вдруг сменяется угрюмой подавленностью?
77. Легко Вам удастся поднять настроение подчиненных?
78. Долго ли Вы переживаете обиду?
79. Переживаете ли Вы долгое время горести других людей?
80. Часто ли, будучи школьником, Вы переписывали страницы в Вашей тетради, если в ней допускали помарки?
81. Относитесь ли Вы к людям скорее с недоверием и осторожностью, чем с доверчивостью?
82. Часто ли Вы видите страшные сны?
83. Бывает ли, что Вы остерегаетесь того, что можете броситься под колеса проходящего поезда?
84. В веселой компании Вы обычно веселы?
85. Способны ли Вы отвлечься от трудной проблемы, требующей обязательного решения?
86. Вы становитесь менее сдержанным и чувствуете себя более свободно, если примете алкоголь?
87. В беседе Вы скупы на слова?
88. Если Вам необходимо было играть на сцене, Вы смогли бы так войти в роль, что забыли бы о том, что это игра?

Основные характеристики типов акцентуации по опроснику

К. Леонгарда-Н. Шмишека

Тип акцентуации	Легкость установления контактов с людьми. Особенности школьного и семейного общения	Ситуации, в которых возможен конфликт: угрожающие болезни
	1	2
Гипертимный	Чрезвычайная контактность, словоохотливость, оживленная жестикуляция; эпизодические конфликты из-за недостаточно серьезного отношения к школьным и другим обязанностям; склонны огорчаться по поводу замечаний окружающих; изредка бывают и инициаторами конфликтов	Условия жесткой дисциплины, монотонная деятельность, вынужденное одиночество; более часто, чем у других людей, отмечаются случаи заболевания маниакально-депрессивным психозом (МДП)
Дистимный	Низкая контактность, замкнутость, немногословность, пессимистичность; домоседы, тяготеют шумным обществом, со сверстниками близко не сходятся; в конфликты вступают редко, выступают в них чаще пассивной стороной; ценят тех, кто одаривает их дружбой и склонен им подчиняться	Ситуации, требующие бурной деятельности, смена привычного образа жизни; склонность к невротической депрессии; отмечаются случаи МДП
Циклоидный	Контактность циклически меняется (высокая в период повышенного настроения и низкая в период подавленности); в веселом обществе резко оживляются, в серьезном – молчаливы, замкнуты	В период подъема настроения проявляют себя как люди с гипертимической акцентуацией, в период спада – с дистимической, отмечаются случаи МДП

Возбудимый	Низкая контактность; молчаливость, замедляется в беседе, угрюмость, но возможны льстивость и услужливость; склонность к хамству и нецензурной брани, постоянным конфликтам, в которых являются активной стороной, не избегают ссор с начальством, неуживчивы в коллективе, в семье деспотичны и жестоки	Склонность к конфликтам по незначительным поводам; к невротическим срывам; иногда в итоге диагностируется психопатия
Застревающий	Средняя контактность с индивидуальными колебаниями; «застревающая занудливость нравоучителя»; служебная и бытовая несговорчивость; склонность к затяжным склокам; четко определен круг врагов и друзей, в конфликтах чаще бывают активной стороной	Задетое самолюбие, несправедливая обида, препятствие к достижению честолюбивых целей, ситуация ревности, сопротивление непомерно высоким требованиям; склонность к инфаркту миокарда, гипертонической болезни, неврастении
Педантичный	Обычная контактность; выраженная занудливость в виде «переживания» подробностей; в конфликты вступают редко, выступают в них пассивной стороной; на службе способны замучить посетителя формальными требованиями, с охотой уступают лидерство другому, изнуряют домашних чрезмерной аккуратностью	Ситуации личной ответственности за важное дело, недооценка их заслуг, склонность к навязчивости, к ипохондрическому неврозу

Тревожный	Низкая контактность вследствие робости, неуверенности в себе; пониженный фон настроения; краснеют от смущения; редко вступают в конфликты (пассивная сторона); жаждут видеть в друге или воспитателя опору и защитника	Ситуации страха, угрозы наказания, постоянных насмешек, несправедливых обвинений; склонность к неврастении, депрессии, ипохондрии, язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки
	1	2
Эмотивный	Контактность ниже среднего уровня; предпочитают узкий круг друзей и близких, которых понимают «с полуслова»; редко вступают в конфликты; играют в них пассивную роль; обиды не «выплескивают» наружу; на службе исполнительны	Конфликты с близким человеком, смерть или болезнь родных, несправедливость, хамство, пребывание в окружении грубых людей; склонность к невротической депрессии, инфаркту миокарда, гипертонической болезни
Демонстративный	Легкость установления контактов, стремление к лидерству, жажда внимания и похвалы, высокая приспособляемость к людям, поверхностность чувств, склонность к интригам при внешней мягкости; раздражают окружающих самоуверенностью и высокими притязаниями, систематически провоцируют конфликты, при этом активно защищаются; в семье претендуют на роль кумира, баловня, но способны предупредить конфликты, «подстраиваться под друга»	Ситуация ущемления интересов, недооценки заслуг, низвержения с «пьедестала»; склонность к истерическому неврозу

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Экзальтированный</p>	<p>Высокая контактность, словоохотливость, патетичность, влюбчивость; часто спорят по поводу искусства, но до конфликтов дело доходит редко, бывают в них и активной и пассивной стороной; привязаны и внимательны к друзьям и близким</p>	<p>Неудачи, горестные события; склонность к невротической депрессии</p>
---	--	---

Тестовые вопросы определения психического состояния личности, описание и интерпретация по опроснику Г. Айзенка

Г. Айзенка на определение различных психических состояний

Диагностическая цель: опросник дает возможность определить уровень тревожности, фрустрации. Агрессии и ригидности.

Контингент исследуемых: несовершеннолетние воспитанники ЛА-155/6

Опросник Г.Айзенка включает описание различных психических состояний, наличие которых у себя испытуемый должен подтвердить или опровергнуть.

Инструкция. Напротив каждого утверждения стоят три цифры: 2,1,0. Если утверждение вам подходит, то обведите кружком цифру 2; если не совсем подходит – цифру 1; если не подходит – 0.

ОПРОСНИК Г. АЙЗЕНКА

1. Часто я не уверен в своих силах. 2 1 0
2. нередко мне кажется безысходным положение, из которого можно было бы найти выход. 2 1 0
3. Я часто оставляю за собой последнее слово. 2 1 0
4. Мне трудно менять свои привычки. 2 1 0
5. Я часто из-за пустяков краснею. 2 1 0
6. Неприятности меня сильно расстраивают, и я падаю духом. 2 1 0
7. Нередко в разговоре я перебиваю собеседника. 2 1 0
8. я с трудом переключаюсь с одного дела на другое. 2 1 0
9. я часто просыпаюсь ночью. 2 1 0
10. При крупных неприятностях я обычно виню только себя. 2 1 0
11. Меня легко рассердить. 2 1 0
12. Я очень осторожен по отношению к переменам в моей жизни. 2 1 0
13. Я легко впадаю в уныние. 2 1 0
14. Несчастья и неудачи ничему меня не учат. 2 1 0
15. Мне приходится часто делать замечания другим. 2 1 0
16. В споре меня трудно переубедить. 2 1 0
17. Меня волнуют даже воображаемые неприятности. 2 1 0
18. Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесполезной. 2 1 0
19. Я хочу быть авторитетом для окружающих. 2 1 0
20. Нередко у меня не выходят из головы мысли, от которых следовало бы избавиться. 2 1 0
21. Меня пугают трудности, с которым мне предстоит встретиться в жизни. 2 1 0
22. Нередко я чувствую себя беззащитным. 2 1 0

23. В любом деле я не довольствуюсь малым, я хочу добиться максимального успеха. 2 1 0
24. Я легко сблизжаюсь с людьми. 2 1 0
25. Я часто копаюсь в своих недостатках. 2 1 0
26. Иногда у меня бывают состояния отчаяния. 2 1 0
27. Мне трудно сдерживать себя, когда я сержусь. 2 1 0
28. Я сильно переживаю, если в моей жизни что-то неожиданно меняется. 2 1 0
29. Меня легко убедить. 2 1 0
30. Я чувствую растерянность, когда у меня возникают трудности. 2 1 0
31. Предпочитаю руководить, а не подчиняться. 2 1 0
32. Нередко я проявляю упрямство. 2 1 0
33. Меня беспокоит состояние моего здоровья. 2 1 0
34. В трудные минуты я иногда веду себя по-детски. 2 1 0
35. У меня резкая, грубоватая жестикуляция. 2 1 0
36. Я неохотно иду на риск. 2 1 0
37. Я с трудом переношу время ожидания. 2 1 0
38. Я думаю, что никогда не смогу исправить свои недостатки. 2 1 0
39. Я мстителен. 2 1 0
40. Меня расстраивают даже незначительные нарушения моих планов. 2 1 0

Ключ

Шкала тревожности: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37.

Шкала фрустрации: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38.

Шкала агрессии: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.

Шкала ригидности: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

Опросник дает возможность определить уровень тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности.

При обработке результатов подсчитывается количество ответов «1» и «2», совпавших с ключом. За каждый совпавший с ключом ответ «2» начисляется 2 балла, за ответ «1» - 1 балл. Затем ответы по каждой шкале суммируются. Средний балл по каждой шкале – 10. Превышение его свидетельствует о преобладании у исследуемого качества в структуре личности.

Характеристики, которые исследуемого в опроснике, имеют следующие определения:

личностная тревожность – склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги;

фрустрация – психическое состояние, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующее достижению цели;

агрессия – повышенная психическая активность, стремление к лидерству путем применения силы по отношению к другим людям;
ригидность – затрудненность в изменении намеченной субъектом деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки.

Интерпретация методики Г. Айзенк

Шкала психического состояния	Описание шкалы психического состояния	Оценка и интерпретация баллов
Тревожность	склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги	0-7 баллов – не тревожны; 8-14 баллов – 18 тревожность средняя; 15-20 баллов – 4 очень тревожны.
Фрустрация	психическое состояние, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующее достижению цели	0-7 баллов – не имеют высокой самооценки, устойчивы к неудачам, не боятся трудностей; 8-14 баллов – средний уровень, фрустрация имеет место; 15-20 баллов – низкая самооценка, избегают трудностей, боятся неудач, фрустрированы.
Агрессия	повышенная психологическая активность, стремление к лидерству путем применения силы по отношению к другим людям	0-7 баллов – спокойны, выдержанны; 8-14 баллов – средний уровень агрессивности; 15-20 баллов – агрессивны, не выдержанны, есть трудности при общении и работе с людьми.
Ригидность	затрудненность в изменении намеченной субъектом	0-7 баллов – ригидности нет, легкая переключаемость; 8-14 баллов – средний уровень;

	деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки	15-20 баллов – сильно выраженная ригидность, неизменность поведения, убеждений, взглядов, даже если они расходятся, не соответствуют реальной обстановке, жизни. Им противопоказаны смена деятельности, изменения в семье.
--	--	--