

**КУРС ЛЕКЦИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ  
ПСИХОЛОГИИ**

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ»  
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

докт. мед. наук В.В.Васильев

КУРС ЛЕКЦИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ  
ПСИХОЛОГИИ

Учебное пособие

Ижевск

2013

**УДК 616.89:159.9(075.8)**

**ББК 56.1+88.4я73**

**В 191**

Рецензенты: заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Минздрава России», д-р. мед. наук, профессор К.Ю.Ретюнский; заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», д-р мед. наук, доц. Ю.В.Ковалев.

*Одобрено центральным координационным методическим советом  
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ»*

**В 191** Курс лекций по медицинской психологии: Учебное пособие / В.В. Васильев. – Ижевск, 2013. – 133 с.

Учебное пособие представляет собой курс лекций по дисциплине «медицинская психология», преподаваемой в медицинских вузах. В пособии освещаются общие понятия медицинской психологии, современные представления об основных психических процессах и состояниях, вопросы психологии личности, психологии больного, психологии неврозов, психосоматики, психологические основы психотерапии, проблемы суицидологии.

Пособие предназначено для студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов медицинских вузов.

**УДК 616.89:159.9(075.8)**

**ББК 56.1+88.4я73**

© В.В.Васильев, 2013

© ГБОУ ВПО «Ижевская государственная  
медицинская академия МЗ РФ»

## Лекция 1

### Общие представления о медицинской психологии.

#### Предмет и задачи медицинской психологии

##### 1.1. Определение медицинской психологии и ее место среди других наук

Медицинская психология как научная дисциплина является разделом более обширной науки под названием «психология». Поэтому начать данную лекцию целесообразно с разбора понятия психологии в целом. Психология (от греч. *психе* – душа и *логос* – наука) – наука о закономерностях психической деятельности человека и высших животных. Это относительно молодая наука, ее возраст составляет около 150 лет. В качестве самостоятельной науки психология оформилась во второй половине XIX столетия, выделившись из недр другой науки – философии. Следует отметить, что в рамках философии учение о психике представляло собой чисто умозрительную область. Постичь закономерности и природу психического философы пытались путем отвлеченных, абстрактных рассуждений. Рождение настоящей, научной психологии стало возможным благодаря проникновению в эту сферу метода научного эксперимента. Впервые данный метод для изучения человеческой психики применил выдающийся немецкий ученый Вильгельм Вундт. Поэтому именно Вундта принято считать основоположником психологии как науки. В 1874 году увидел свет главный труд Вундта – «Принципы физиологической психологии», а 1879 году под его руководством была открыта первая в истории психологическая лаборатория. С этого времени и ведет свой отсчет история научной психологии.

Психология как наука делится на две большие части: общая психология и специальная (прикладная) психология. Общая психология изучает структуру и общие закономерности функционирования психики, тогда как специальная (прикладная) психология занимается изучением психологических явлений в различных областях практической деятельности человека. К области

прикладной психологии относятся такие разделы психологической науки, как социальная психология, психология труда, юридическая психология, педагогическая психология, спортивная психология, космическая психология и др. К этой же области, т.е. к области прикладной психологии, относится и изучаемая нами дисциплина – медицинская психология, представляющая собой раздел прикладной психологии, занимающийся изучением психологических явлений в медицине. Таким образом, именно психологические явления в области медицины и составляют предмет медицинской психологии.

Следует отметить, что, наряду с термином «медицинская психология», распространен также термин «клиническая психология». В литературе эти два термина нередко используются как синонимы, хотя, строго говоря, это не совсем верно. Понятие «клиническая психология» несколько шире, поскольку, наряду с психологическими явлениями в медицине, захватывает в себя ряд смежных областей, например, психологию непатологических нарушений поведения, психологию обучения детей с аномалиями развития и т.п. Тем не менее, с точки зрения целей нашего лекционного курса это различие между клинической и медицинской психологией не является существенным, и мы, вслед за многими авторами, будем применять данные понятия как синонимы. Необходимо также отметить, что термином «медицинская психология» чаще пользуются медики, а термином «клиническая психология» – психологи.

## **1.2. Разделы медицинской психологии**

Медицинская психология, будучи разделом психологии в целом, в свою очередь подразделяется на ряд разделов. Первый из этих разделов – *патопсихология*. Предметом изучения патопсихологии являются патологические нарушения человеческой психики, она разрабатывает методы психологической диагностики этих нарушений. По понятным причинам патопсихологические методы находят применение, в первую очередь, в психиатрической клинике, а патопсихолог является первым помощником врача-психиатра в области диагностики психических расстройств. Использование патопсихоло-

гических методов позволяет сделать психиатрический диагноз не только более точным, но и более подробным и всеобъемлющим.

Второй раздел медицинской психологии – *нейропсихология*. Задача нейропсихологии состоит в том, чтобы психологическими методами исследовать органические поражения центральной нервной системы. Применение нейропсихологических методик в ряде случаев позволяет уточнить локализацию очага поражения головного мозга и его распространенность, что очень важно с точки зрения топической диагностики, имеющей большое значение в неврологии. По этой причине нейропсихологические методы используются, прежде всего, в неврологической клинике.

Следующий раздел медицинской психологии – *психосоматика*. Психосоматика изучает взаимосвязи между психическими и соматическими процессами в организме и влияние этих взаимосвязей на возникновение и течение различных заболеваний. Предметом психосоматики являются так называемые психосоматические расстройства, т.е. расстройства соматических функций, обусловленные психическими причинами. Психосоматическое направление в современной медицине считается одним из наиболее перспективных, поскольку рассматривает человеческий организм в единстве его душевных и телесных функций. Возможно, именно за этим подходом – будущее медицины.

Такой раздел медицинской психологии, как *медицинская деонтология*, традиционно понимался как наука о должном поведении врачей и другого медицинского персонала по отношению к пациентам (*деонто́с* по-гречески означает «должное»). Однако сегодня мы можем рассматривать медицинскую деонтологию несколько шире, понимая ее как науку о межличностных взаимодействиях в процессе оказания медицинской помощи и о влиянии этих взаимодействий на лечебный процесс. При этом для деонтологии имеют значение все возникающие здесь межличностные взаимодействия: не только между медицинским персоналом и пациентами, но также и между врачами и другим медперсоналом, а также взаимодействия врачей друг с другом и па-

циентов между собой. Анализируя все эти межличностные взаимодействия, медицинская деонтология разрабатывает рекомендации, направленные на то, чтобы сделать их максимально способствующими эффективному лечению пациента.

Еще один раздел медицинской психологии – *психология отклоняющегося поведения*. Отклоняющееся (девиантное) поведение – это такое поведение, которое отклоняется от общепринятых социальных норм, хотя при этом не обязательно связано с психической патологией. Примерами девиантного поведения могут служить: злоупотребление различными психоактивными веществами; склонность к правонарушениям; отклонения в сексуальном поведении; фанатизм; поведение, нацеленное на лишение себя жизни и т.д. Борьба с указанными явлениями имеет, прежде всего, большое социальное значение. Психология отклоняющегося поведения как раздел медицинской психологии занимается изучением социально-психологических причин различных форм девиантного поведения и разрабатывает методы их психологической коррекции.

*Психология аномального развития*, следующий раздел медицинской психологии, изучает отклонения в психическом развитии детей и подростков и разрабатывает методы психологической диагностики и коррекции этих отклонений. Следует отметить, что отклонения в психическом развитии весьма разнообразны как по своим причинам, так и по проявлениям, и работа с каждым из них требует особого подхода. Методы, разрабатываемые психологией аномального развития, находят широкое применение как в медицине (прежде всего, в детской психиатрии), так и в педагогике.

*Психогигиена* – раздел медицинской психологии, изучающий пути сохранения и укрепления психического здоровья человека. В рамках психогигиены разрабатываются рекомендации по организации различных областей практической деятельности человека (психогигиена труда, психогигиена учебного процесса, психогигиена семейной жизни и т.д.). Эти рекомендации нацелены на предотвращение возможных психических расстройств, связан-

ных с данными видами деятельности и сферами жизни, и на укрепление психического здоровья людей, занятых в этих сферах. До населения данные рекомендации доводятся как посредством прямого общения со специалистами, так и через литературу и средства массовой информации.

Наконец, последний из рассматриваемых нами разделов медицинской психологии – *частная медицинская психология*, которая изучает психические особенности больных различными заболеваниями и разрабатывает рекомендации по построению врачебного контакта и терапевтических отношений с пациентами, страдающими тем или иным заболеванием.

### **1.3. История медицинской психологии**

Говоря об истории медицинской психологии, следует отметить, что эта наука еще более молодая, чем вся психология в целом. Она возникла в начале XX столетия на стыке двух наук – медицины и психологии, и в ее формирование внесли свой вклад как врачи, так и психологи. Основателем медицинской психологии считается американский психолог Лайтнер Уитмер, который в 1907 году на страницах основанного им журнала «Психологическая клиника» провозгласил рождение новой специальности – клинической психологии. Кроме того, под руководством Уитмера была открыта первая в истории психологическая клиника для детей с нарушениями психического развития. В то же время, было бы преувеличением сказать, что Уитмер в одиночку создал медицинскую психологию. Он лишь констатировал факт ее появления, тогда как целый ряд выдающихся ученых еще до Уитмера своими трудами в конце XIX – начале XX века подготовили рождение новой научной дисциплины. Перечислим имена наиболее известных из этих ученых.

Прежде всего, мы должны назвать выдающегося французского психолога Теодюля Рибо, который в конце XIX столетия первым начал использовать метод психологического эксперимента для изучения патологических нарушений психики. Тем самым Рибо заложил основы современной патопсихологии. Особенно известен Рибо своими исследованиями нарушений памяти, а

открытый им закон, характеризующий нарушения памяти при органических заболеваниях головного мозга, по сей день носит его имя.

Выдающийся немецкий психиатр Эмиль Крепелин, сам не сделав каких-либо открытий в области медицинской психологии, тем не менее, также внес существенный вклад в ее развитие тем, что активно способствовал внедрению экспериментально-психологических методов в клиническую работу психиатров и придавал этим методам большое значение в диагностике психических расстройств. Можно сказать, что именно Крепелин по-настоящему ввел патопсихологию в психиатрическую клинику, и с тех пор патопсихологическое исследование является важной и неотъемлемой частью диагностического процесса в психиатрии.

В разговоре об истории медицинской психологии, безусловно, нельзя пройти мимо имени великого австрийского психотерапевта и психолога Зигмунда Фрейда. Работы Фрейда оказали большое влияние на разные области науки – психиатрию, психологию, философию, искусствоведение. Что же касается конкретно медицинской психологии, то здесь Фрейд, прежде всего, известен своими работами в области психологии неврозов. На рубеже XIX и XX столетий он создал первую в истории теорию психогенеза неврозов и доказал, что неврозы являются заболеваниями психогенными, т.е. вызываются действием психической травмы (до Фрейда их считали дегенеративными болезнями нервной системы). Кроме того, Фрейд разработал первый в истории метод психологического лечения неврозов. И хотя теории Фрейда подвергались впоследствии массивной критике, а с точки зрения сегодняшнего дня они выглядят устаревшими, а порой и наивными, тем не менее, нельзя не признать, что своими работами по психологии неврозов Фрейд дал мощный толчок дальнейшему развитию исследований в данной области, так что вся современная психология неврозов, а также значительная часть современной психотерапии, так или иначе, берут свое начало от Фрейда. Наконец, открытие Фрейдом явления истерической конверсии создало предпосылки для раз-

вития в дальнейшем еще одной области медицинской психологии – психосоматики.

Среди основоположников медицинской психологии мы не можем не назвать еще одно имя – имя нашего великого соотечественника Владимира Михайловича Бехтерева. Он также был разносторонним ученым, одновременно являясь неврологом, психиатром и психологом. Во всех этих науках Бехтерев оставил заметный след. В сфере медицинской психологии он, прежде всего, известен своими исследованиями явлений гипноза и внушения. Работы Бехтерева в данной области получили известность не только в России, но и за ее пределами, а сам Бехтерев в свое время являлся одним из наиболее авторитетных гипнологов Европы.

Итак, труды перечисленных великих ученых, а также ряда менее известных исследователей, подготовили рождение в начале XX века новой науки – медицинской психологии, провозглашенное Уитмером. Дальнейшему развитию этой научной дисциплины способствовали работы еще ряда выдающихся ученых. Так, швейцарский психиатр Эуген Блейлер, активно применяя психологические методы для исследования психики больных шизофренией, сумел открыть основополагающее психическое нарушение при данном заболевании – так называемое расщепление психики (схизис), впервые дав этой болезни название «схизофрения» (впоследствии – шизофрения). Вклад Блейлера в изучение шизофрении был оценен столь высоко, что второе название этой болезни теперь – болезнь Блейлера. Другой выдающийся ученый, немецкий психиатр, психотерапевт и психолог Эрнст Кречмер, известен как основоположник клинической характерологии (учения о характерах). В своем главном научном труде – книге «Строение тела и характер» – Кречмер впервые показал наличие связи между телесной конституцией и характером человека. Кроме того, перу Кречмера принадлежит первый в истории учебник по медицинской психологии, который увидел свет в 1922 году.

Американский психиатр и психолог Франц Александер, расцвет научной деятельности которого пришелся на 40 – 50-е годы, известен как основопо-

ложник современной психосоматики. Следует отметить, что, создавая свою теорию психосоматики, Александер отталкивался, прежде всего, от психоаналитических воззрений Фрейда. В дальнейшем в психосоматике возник ряд альтернативных школ, представители которых подходили к психосоматическим проблемам с иных, не фрейдовских позиций.

Коротко коснемся истории отечественной медицинской психологии. В нашей стране данная область науки начала развиваться с 20-х годов прошлого века. И здесь мы можем назвать ряд имен крупных ученых, внесших наибольший вклад в развитие этой науки у нас в стране. Так, основоположницей отечественной патопсихологии является Блюма Вульфовна Зейгарник. На протяжении ряда лет проработав в Германии под руководством одного из крупнейших европейских психологов Курта Левина, Зейгарник в 30-е годы прошлого века вернулась в Советский Союз, где и создала свою оригинальную школу патопсихологии. Принципы, заложенные Зейгарник, по сей день лежат в основе данной области науки и практики в нашей стране.

Лев Семенович Выготский, психолог с мировым именем, расцвет научной деятельности которого пришелся на 20-е – 30-е годы XX столетия, наряду с другими своими научными достижениями, известен как ученый, внесший большой вклад в становление отечественной психологии аномального развития, заложивший ее основы в нашей стране. Александр Романович Лурия, также ученый с мировым именем, период активной научной деятельности которого простирается с 20-х до 70-х годов XX века, является основоположником не только отечественной, но и мировой нейропсихологии. Владимир Николаевич Мясищев, отечественный психиатр и психолог, известен как основоположник отечественной школы психологии неврозов. В 50 – 60-е годы прошлого столетия Мясищев сумел разработать свою, отличную от фрейдовской, концепцию психогенеза неврозов, на основании которой создал оригинальный метод их психотерапии. Следует отметить, что открытия Мясищева остаются актуальными и сегодня, а его психотерапевтический метод используется в нашей стране до настоящего времени. Наконец, нельзя не

назвать имя известного отечественного психиатра Петра Борисовича Ганнушкина, являющегося основоположником отечественной школы клинической характерологии.

#### **1.4. Современное состояние медицинской психологии**

В целом следует отметить, что медицинская психология, как отечественная, так и мировая, представляет собой молодую, активно развивающуюся и пока еще до конца не сформировавшуюся область науки. Сегодня в нашей стране существует самостоятельная специальность – «клиническая психология». Клинический психолог – это специалист с высшим психологическим образованием, получивший диплом психолога, а затем прошедший последипломную подготовку по клинической психологии. В своей практической работе клинический психолог решает следующие задачи:

1. помощь врачам-психиатрам и неврологам в диагностике болезней;
2. участие в различных видах медицинских экспертиз (трудовой, военной и судебной);
3. проведение психокоррекционной работы с людьми, имеющими отклонения в социальном поведении или психическом развитии;
4. создание терапевтической среды в лечебно-профилактических учреждениях;
5. проведение пропаганды психогигиенических знаний среди населения как при непосредственных контактах с пациентами, так и через средства массовой информации.

Ставки клинических психологов в нашей стране сегодня существуют только в психиатрических учреждениях, хотя потребность в них, безусловно, имеется и в других медицинских учреждениях. При этом даже в психиатрических учреждениях ставки клинических психологов обычно бывают заняты не полностью, что связано с дефицитом этих специалистов в силу организационных сложностей их подготовки (небольшое число учреждений, имеющих лицензию на подготовку клинических психологов). Тем не менее, меди-

цинская психология представляет собой перспективную область науки и практики, и думается, что по мере своего развития она будет играть все большую роль как в теории, так и в практике медицины.

## **Лекция 2**

### **Психические процессы**

#### **2.1. Понятие психических процессов**

В психологии всю психическую деятельность человека условно принято разделять на несколько отдельных процессов. Условность такого деления состоит в том, что в действительности психическая деятельность представляет собой единое и неделимое целое. Подразделение же ее на отдельные процессы нужно ученым для удобства изучения, понимания и описания психических явлений. Это подразделение уже давно утвердилось в психологии и является общепринятым. Итак, традиционно в психологии выделяют следующие психические процессы: восприятие, внимание, память, мышление, эмоции и волю. Кроме того, выделяют еще две интегративные, т.е. объединяющие, психические функции – интеллект и сознание. Далее по ходу нашей лекции мы последовательно разберем каждый из перечисленных психических процессов и каждую из интегративных функций.

#### **2.2. Восприятие**

Традиционно начнем наш разбор с восприятия, поскольку именно этот психический процесс связывает нашу психику с окружающим миром. Восприятие – это процесс отражения реальности в виде целостных образов. Иными словами, окружающий нас мир мы воспринимаем не в виде хаоса разрозненных ощущений, а выделяя из него те или иные целостные объекты (человек, дом, дерево, птица, автомобиль и т.д.). Следует отметить, что данная способность – выделять из окружающего мира отдельные объекты – от-

нюдь не является врожденной, а формируется у человека в процессе его раннего развития.

В основе целостного восприятия лежат отдельные ощущения. Ощущение – это отражение отдельных свойств предметов и явлений. Отдельное ощущение неопределенно, т.е. не связано с представлением о целостном объекте. В нашем языке ощущения описываются такими, например, словами: яркий, тусклый, красный, синий, желтый, гладкий, шероховатый, теплый, холодный, мягкий, твердый, сладкий, кислый, громкий, тихий, звонкий, глухой и т.д. Ощущения мы получаем посредством анализаторов, каждый из которых, как известно, состоит из периферической части (рецептора), проводящих нервных путей и центральной части, включающей в себя подкорковые и корковые нервные центры головного мозга, ответственные за распознавание того или иного ощущения. Каждый из анализаторов отвечает за какой-то один вид ощущений, или, как еще говорят в психологии, за одну модальность. Всего у человека имеется восемь анализаторов (а вовсе не пять, вопреки распространенному мнению): зрительный, слуховой, тактильный, обонятельный, вкусовой, гравитационный, проприоцептивный и интероцептивный. Ощущения, получаемые через каждый из этих анализаторов, характеризуются различными свойствами, на рассмотрении которых мы не будем останавливаться в рамках нашей краткой лекции, поскольку это не входит в нашу задачу.

Для того, чтобы из отдельных ощущений сложилось целостное восприятие, ощущения должны объединиться в нашей психике в некий образ. Этот процесс объединения отдельных ощущений в целостный образ получил название сенсорного синтеза. Так, например, восприятие образа стола подразумевает объединение зрительных ощущений его формы, цвета, размера, тактильных ощущений характера его поверхности, проприоцептивных ощущений веса стола (если его приподнять) и еще многих других ощущений. Иногда этот процесс сенсорного синтеза может нарушаться. В психиатрии этот вид расстройств восприятия так и называется – расстройства сенсорного син-

теза. При этих расстройствах окружающие предметы узнаются больным, но предстают перед ним в искаженном виде: измененными по форме, цвету, размеру, положению по отношению к другим предметам и т.д. В том числе, при расстройствах сенсорного синтеза может искажаться и восприятие собственного тела.

Однако, одних ощущений, даже и объединенных между собой посредством сенсорного синтеза, для полноценного процесса восприятия недостаточного. Еще одним важным компонентом данного процесса является представление. Представление – это след прежних восприятий в памяти человека, сохраняющийся в виде целостного образа. Роль представления в акте восприятия состоит в том, что оно необходимо для узнавания окружающих объектов. Узнавание происходит посредством сопоставления образа, сформированного в процессе сенсорного синтеза, с представлением, хранящимся в памяти. Благодаря этому, мы можем узнать объект, который видим впервые в жизни, если когда-либо прежде воспринимали подобные объекты. Например, впервые войдя в какую-либо комнату, мы без труда узнаем в ней различные предметы интерьера, хотя и видим их впервые. Кроме того, представление достраивает созданный сенсорным синтезом образ, в том случае, если он неполон. Поэтому, чтобы воспринять объект, нам не обязательно ощущать его полностью, зачастую достаточно ощутить лишь какую-то его часть, порой совсем небольшую: все остальное достраивает представление. Поэтому в психологии принята следующая формула: «восприятие равно ощущение плюс представление». Следует, однако, учитывать, что представление должно занимать в акте восприятия часть, соответствующую своему значению. Если представление начинает играть в акте восприятия чрезмерную роль, развивается расстройство, называемое в психиатрии иллюзией. При этом представление как бы вытесняет реальные ощущения, и больной на месте реального объекта воспринимает совершенно другой объект, лишь в той или иной степени похожий на него.

Говоря о восприятии, следует также отметить, что оно представляет собой отнюдь не пассивный процесс отражения внешних импульсов, раздражающих наши анализаторы. Напротив, восприятие – это активный процесс, на который влияют внимание и воля. В значительной степени мы управляем процессом нашего восприятия, в каждый конкретный момент времени направляя его на тот или иной объект. Это свойство восприятия хорошо иллюстрируется примером с известным рисунком, на котором рассматривающий его человек может, в зависимости от своего желания, увидеть либо вазу посередине, либо профили двух обращенных друг к другу человеческих лиц по краям.

Завершая разговор о восприятии, упомянем о некоторых его особых свойствах. К таким свойствам относятся эйдетизм и синестезия. Эйдетизм – это способность некоторых людей образовывать чрезвычайно яркие, точные и стойкие представления. Эти представления у разных людей, обладающих данной способностью, могут относиться к различным модальностям (зрительной, слуховой и т.д.). Но общим является то, что, однажды восприняв какой-либо объект, эйдетик способен через некоторое время представить его с такой точностью и яркостью, словно этот объект по-прежнему воспринимается им в данную минуту. Например, человек, обладающий зрительным эйдетизмом, посмотрев на дерево, может затем настолько ярко представить его себе, что с точностью расскажет, сколько сучьев отходит от той или иной ветки, сколько на той или иной ветке листьев и т.д. А человек со слуховым эйдетизмом может с первого раза с точностью запомнить какую-либо мелодию, так что потом сможет без труда «слушать» ее в своем воображении по памяти.

Синестезия – это возникновение ощущений в каком-либо анализаторе в ответ на раздражение другого анализатора. Известным примером синестезии является так называемый цветовой слух, когда тот или иной звук, воспринимаемый человеком, одновременно вызывает у него зрительное ощущение того или иного цвета. Как эйдетизм, так и синестезия обычно сочетаются с твор-

ческой одаренностью и нередко встречаются у людей творческих профессий (художников, музыкантов, поэтов).

### **2.3. Внимание**

Следующий психический процесс, о котором мы будем говорить, – это внимание. Внимание – процесс концентрации психической деятельности на каком-либо объекте или какой-либо деятельности. По-видимому, основная роль в поддержании нашего внимания принадлежит структурам ретикулярной формации. Внимание может быть непроизвольным, произвольным и послепроизвольным. Непроизвольное внимание возникает при воздействии на наши органы чувств очень сильного, внезапного, или чрезвычайно яркого раздражителя. При этом внимание концентрируется на данном раздражителе без каких-либо волевых усилий, т.е. непроизвольно. Произвольное внимание требует для своей концентрации волевых усилий со стороны человека. Произвольным вниманием мы пользуемся при осуществлении большинства видов целенаправленной деятельности. Наконец, послепроизвольное внимание – это внимание, которое, как и непроизвольное, не требует для своего поддержания волевых усилий, но возникает оно после более или менее продолжительного сосредоточения на каком-либо объекте или какой-либо деятельности произвольного внимания. Иными словами, если человек длительно сосредоточивается на чем-то, вызывающем у него интерес, то со временем концентрация внимания на этом объекте (или этой деятельности) начинает поддерживаться уже без каких-либо волевых усилий. Это и есть послепроизвольное внимание.

Внимание характеризуется рядом свойств: объем, концентрация, устойчивость, переключаемость и распределяемость. Объем внимания определяется количеством объектов, на которые оно может быть одновременно направлено. В патологии может наблюдаться как сужение, так и расширение объема внимания. Концентрация внимания – это интенсивность его сосредоточения на том или ином объекте. Нарушение концентрации внимания проявляется

рассеянностью. Устойчивостью внимания называется способность к длительному сосредоточению его на том или ином объекте. Нарушение устойчивости внимания выражается в виде отвлекаемости. Переключаемость внимания – это способность к быстрому его переходу от одного объекта к другому. Нарушение переключаемости внимания именуется его тугоподвижностью. Наконец, распределяемость внимания – это способность к правильному выполнению двух и более действий одновременно. Например, водитель автомобиля одновременно следит за дорогой, манипулирует органами управления автомобилем и беседует с рядом сидящим пассажиром. Следует отметить, что в патологии различные свойства внимания могут нарушаться изолированно, независимо друг от друга.

#### **2.4. Память**

Следующий психический процесс – память. Памятью называется процесс сохранения в психике следов прошлого опыта. Память складывается из четырех компонентов: запоминание информации (фиксация), ее сохранение (ретенция), припоминание (репродукция) и забывание. Эти компоненты памяти относительно независимы друг от друга, что доказывается тем фактом, что в патологии может избирательно нарушаться преимущественно тот или другой из них. Например, при алкогольной энцефалопатии преимущественно страдает процесс фиксации, при дегенеративно-атрофических заболеваниях – ретенции, а при сосудистой энцефалопатии – репродукции. Особо следует остановиться на процессе забывания. Вопреки распространенному мнению, забывание – это не пассивное выпадение информации из памяти, а активное удаление той ее части, которая больше не нужна человеку, либо является для него слишком неприятной или даже тягостной. Последний вариант играет роль механизма психологической защиты и носит название *вытеснения*. В литературе описаны также весьма редкие случаи изолированного нарушения процесса забывания, когда человек не способен забывать не нужную ему ин-

формацию, и она, постоянно присутствуя в сознании, дезорганизует его психическую деятельность.

По своей продолжительности память подразделяется на кратковременную (оперативную), буферную и долговременную. Кратковременная память обеспечивает удержание информации на протяжении нескольких десятков секунд, т.е. на такое время, которое необходимо для осуществления с данной информацией тех или иных мыслительных операций. Буферной называется память, сохраняющая информацию на протяжении нескольких часов, она является переходным звеном между кратковременной и долговременной памятью. Наконец, долговременная память позволяет сохранять информацию на протяжении дней, месяцев или лет. Считается, что закрепление информации в долговременной памяти происходит во время сна. По этой причине недостаточная продолжительность сна приводит к ухудшению запоминания информации. Следует отметить, что в основе кратковременной и долговременной памяти лежат разные физиологические механизмы. Если первая осуществляется посредством непрерывной циркуляции нервного импульса в ряде структур лимбической системы головного мозга, объединяемых в понятие «круг Пейпеца», то в основе второй лежат стойкие изменения в структуре внутриклеточной РНК нейронов головного мозга.

Информация в памяти может храниться как в виде представлений, так и в виде понятий. В зависимости от этого выделяют образную и логическую память. У каждого конкретного человека преобладает тот или иной тип памяти. Образная память имеет общий компонент с восприятием в виде представлений, логическая память в свою очередь, имеет общий компонент с мышлением в виде понятий. Это лишний раз иллюстрирует тот факт, что разные психические процессы не отделены друг от друга жесткими границами, а переходят друг в друга.

Существует два основных способа запоминания информации – механическое и опосредованное. Механическое запоминание («зубрежка») осуществляется посредством многократного повторения информации, которую

необходимо запомнить. Опосредованное же запоминание осуществляется путем установления логических связей новой информации со старой, которая уже хранится в памяти человека. Опосредованное запоминание является более эффективным, но его развитость в значительной степени зависит от общего интеллектуального уровня индивида.

## **2.5. Мышление**

Мышление представляет собой процесс отражения наиболее существенных свойств предметов и явлений, а также связей между ними. Главное значение мышления для человека состоит в том, что оно позволяет прогнозировать развитие ситуации и соответствующим образом планировать свои действия. У человека существует три уровня мышления: наглядно-действенное, конкретно-образное и абстрактно-логическое. Наглядно-действенное мышление – наиболее примитивный вид мышления, оно осуществляется посредством проб и ошибок. Конкретно-образное мышление – более высокий его уровень, оно оперирует представлениями, т.е. чувственными образами предметов. Наконец, абстрактно-логическое мышление – это самый высокий его уровень, оперирующий понятиями, суждениями и умозаключениями. В процессе возрастного развития человека у него сперва формируется наглядно-действенное мышление, затем конкретно-образное и, наконец, абстрактно-логическое. Уже к подростковому возрасту у человека в норме должно преобладать абстрактно-логическое мышление, хотя остальные виды мышления также сохраняются на всю жизнь и в определенных ситуациях играют важную роль. Если же у подростка все еще преобладает конкретно-образное или даже наглядно-действенное мышление, это говорит о наличии у него нарушения психического развития.

Остановимся подробнее на формах абстрактно-логического мышления. Самой элементарной из них является понятие. Понятие отражает наиболее существенные свойства предмета или явления, игнорируя второстепенные и необязательные его свойства. Например, понятие «студент» означает челове-

ка, обучающегося в высшем учебном заведении. При этом по остальным свойствам этот человек может быть самым разным: молодым и не очень, мужчиной или женщиной, блондином или брюнетом и т.д. С точки зрения понятия эти дополнительные свойства значения не имеют. В нашем языке одно и то же слово может означать и понятие, и представление. Например, слово «цветок» может подразумевать представление в виде цветка с лепестками определенного цвета и формы, определенным запахом и т.д. Но то же слово может отражать и понятие цветка как органа растений, выполняющего функцию размножения. Понятия, которые одновременно могут выполнять функции представления, то есть которые можно представить в виде конкретного образа, называются конкретными. В отличие от них, абстрактные понятия невозможно представить в виде какого-либо чувственного образа (например, понятия «мораль», «долг», «совесть» и т.д.).

Суждение – более сложная форма абстрактно-логического мышления, отражающая связь между несколькими понятиями. Например, суждение «все металлы проводят электричество» отражает связь между понятиями «металл» и «электричество». Наконец, умозаключение – наиболее сложная форма абстрактно-логического мышления, посредством которой из одного или нескольких суждений (посылок) выводится новое суждение (заключение). Например, из таких суждений, как «все металлы проводят электричество» и «медь – это металл», можно вывести новое суждение – «медь проводит электричество».

Мышление человека осуществляется посредством ряда мыслительных операций. К таким операциям относятся: анализ – мысленное расчленение целого на части; синтез – мысленное соединение частей в единое целое; сравнение – мысленное установление сходства и различия между предметами; абстрагирование – мысленное выделение существенных свойств или признаков предметов и явлений; конкретизация – мысленное выделение из общего того или иного конкретного свойства или признака; классификация –

мысленное распределение предметов или явлений по группам по тому или иному признаку.

В качестве процесса мышление представляет собой непрерывный поток ассоциаций, т.е. связей между разными понятиями или представлениями. Из одной ассоциации вытекает вторая, из второй третья и так далее. При этом, пока человек находится в бодрствующем состоянии, этот процесс, как уже было сказано, остается непрерывным. Человек не может усилием воли даже на короткое время остановить у себя процесс мышления. Однако в патологии встречаются состояния, когда, вопреки воле человека, находящегося в ясном сознании, в его мышлении могут возникать кратковременные (на несколько секунд) перерывы.

## **2.6. Эмоции**

Под эмоциями понимается процесс отражения наиболее общего отношения индивида к предметам и явлениям действительности. Эмоции у человека выполняют несколько функций. Первая из них – гомеостатическая, т.е. направленная на поддержание психического и физического гомеостаза. Стоит она в том, что о наличии у человека любого неудовлетворенного физиологического влечения или любой неудовлетворенной психологической потребности сразу же сигнализируют отрицательные эмоции, а процесс удовлетворения данного влечения или данной потребности сопровождается эмоциями положительными. Вторая функция эмоций состоит в регуляции поведения человека, ведь наше поведение всегда направлено на избегание отрицательных эмоций и получение положительных. Наконец, третья функция эмоций – коммуникативная. Она заключается в том, что эмоциональные реакции в процессе общения позволяют нам в сжатом виде передавать ту или иную информацию собеседнику. Например, слова «я рад Вас видеть» можно заменить просто приветливой улыбкой. Это делает процесс общения более компактным и гибким.

Человеческие эмоции делятся на два вида: протопатические и эпикритические. Протопатические эмоции – это низшие эмоции, связанные с удовлетворением физиологических потребностей. Они имеются не только у человека, но и у многих животных. Эпикритические эмоции – это эмоции высшие, присущие только человеку. Они связаны с удовлетворением высших потребностей человека, таких как интеллектуальные, этические и эстетические.

По своему влиянию на активность человека эмоции подразделяются на стенические и астенические. Стенические эмоции оказывают на активность человека стимулирующее действие, придавая индивиду дополнительные силы и энергию. Астенические эмоции, напротив, отнимают силы, делают человека более вялым и менее активным. Человек, переживающий стеническую эмоцию, не может усидеть на месте, стремится к какой-либо деятельности, общению. Напротив, человек, переживающий астеническую эмоцию, малоактивен, не стремится к деятельности или общению, малоподвижен. Все базовые эмоции человека подразделяются на положительные стенические, отрицательные стенические, положительные астенические и отрицательные астенические. К положительным стеническим эмоциям относятся такие эмоции как радость и экстаз. Отрицательными стеническими эмоциями являются гнев и тревога. Положительной астенической эмоцией является эйфория. И, наконец, к отрицательным астеническим эмоциям относятся страх и тоска. Из различных сочетаний перечисленных базовых эмоций человека образуется все богатство и разнообразие его эмоциональной жизни.

В процессе своей жизнедеятельности каждый человек переживает различные эмоциональные состояния. В зависимости от силы или длительности этих состояний среди них выделяют аффект, страсть и настроение. Аффект – это сильная, но кратковременная эмоциональная реакция, сопровождающаяся вегетативной активацией и яркими внешними проявлениями. Возникает аффект в ответ на какое-либо внезапное, значимое для человека событие. Страсть – это не только сильное, но и стойкое эмоциональное переживание, обусловленное значимыми для личности мотивами. Страсть выражает особое

отношение человека к какому-либо объекту (одушевленному или неодушевленному) или к какой-либо деятельности. Наконец, настроение – это более или менее устойчивый эмоциональный фон. Настроение формируется под влиянием взаимодействия множества разнообразных факторов, как внешних по отношению к человеку, так и внутренних, как психологических, так и соматических. Следует отметить, что каждое из перечисленных эмоциональных состояний может быть окрашено в оттенок любой эмоции, как положительной, так и отрицательной, как стенической, так и астенической.

## **2.7. Воля**

Волей называется процесс сознательного управления человека своим поведением. Вся волевая деятельность человека состоит из множества отдельных волевых актов, следующих друг за другом. В каждом волевом акте, в свою очередь, условно можно выделить несколько этапов. Первый этап – это возникновение влечения или потребности. На этом этапе у человека возникает то или иное физиологическое влечение (например, голод, жажда и т.д.) или психологическая потребность (например, потребность в общении, новых впечатлениях и т.д.), однако это влечение или потребность пока еще не осознаются самим человеком. Второй этап волевого акта – формирование желания. Желание есть осознанное влечение или осознанная потребность. То есть влечение или потребность превращаются в желание в тот момент, когда человек их осознает. Третий этап волевого акта – борьба мотивов. На этом этапе вновь возникшее желание сопоставляется с имеющимися для его реализации условиями, другими желаниями, моральными и прочими установками личности и т.д. Заканчивается этот этап принятием решения относительно того, следует ли в данный момент реализовывать возникшее желание. Если человек принимает решение о необходимости реализовать желание, наступает четвертый этап волевого акта – планирование действий по реализации данного желания. И, наконец, последний его этап – реализация принятого решения в действие. Безусловно, границы между перечисленными этапами

волевого акта являются достаточно условными. В то же время, правомочность выделения этих этапов подтверждается тем фактом, что в патологии каждый из них может нарушаться изолированно от других, что порождает различные психопатологические феномены. Так, нарушение первого этапа волевого акта проявляется извращенными влечениями (например, пищевыми, сексуальными) или извращением целенаправленной волевой активности (например, патологическим стремлением к воровству, поджогам, бродяжничеству). Нарушение этапа формирования желания приводит к возникновению так называемых импульсивных влечений, когда пациент реализует возникшее влечение, не успев осознать его, и только совершив то или иное действие, осознает, что же он сделал. Выпадение из волевого акта этапа борьбы мотивов может приводить к так называемым компульсивным влечениям, когда пациент реализует свое желание, даже если оно противоречит его личностным установкам или требованиям ситуации. Напротив, чрезмерная растянутость этого этапа проявляется патологической нерешительностью, когда человеку становится трудно принимать даже простейшие, повседневные решения.

Волевою сферу человека можно охарактеризовать по ряду качеств. К таким качествам относятся: сила воли – устойчивость и интенсивность целенаправленной активности человека; решимость – умение принимать решения без ненужных колебаний; самообладание – умение подавлять собственные психические качества, препятствующие достижению поставленной цели; настойчивость – умение добиваться поставленной цели; смелость – способность преодолевать чувство страха и растерянности; терпение – способность преодолевать физические и моральные трудности во имя достижения цели; самостоятельность – способность принимать решения и выполнять их без постороннего влияния; исполнительность – точное, неукоснительное и систематическое выполнение собственных решений.

## 2.8. Сознание

Сознание – это психическое отражение целостной картины окружающего мира и самого себя в этом мире. Сознание представляет собой высшую интегративную (т.е. объединяющую) психическую функцию, являясь результатом взаимодействия всех вышеперечисленных психических процессов (восприятие, память, внимание, мышление, эмоции и воля). Выделяют два вида сознания: предметное сознание (осознание окружающего мира) и самосознание (осознание самого себя). В процессе онтогенетического развития самосознание формируется позже предметного сознания, поскольку является более сложной функцией.

В норме сознание бодрствующего человека должно быть ясным. Существуют следующие критерии ясности сознания: 1) отчетливость восприятия окружающего мира, т.е. человек правильно распознает окружающие его объекты, верно ощущает различные их сенсорные качества (размер, форму, цвет предметов, высоту и тембр звуков и т.д.); 2) правильная ориентировка в окружающей обстановке (аллопсихическая) и собственной личности (аутопсихическая); 3) связность мышления; 4) непрерывность воспоминаний. В случае, если сознание человека не соответствует этим критериям, речь идет о том или ином его нарушении.

Сознание характеризуется рядом свойств. Во-первых, это его объем. Объем сознания определяется тем количеством единиц информации, которое человек способен осознать в единицу времени. Объем сознания может меняться как в сторону сужения, так и в сторону расширения. Данные явления могут достигать патологического уровня. Например, патологическое сужение сознания наблюдается при сумеречном его помрачении, а патологическое расширение – при маниакальном синдроме и опьянении некоторыми наркотическими средствами. Второе свойство сознания – это его порог. Порогом сознания называется та минимальная значимость, которой должна обладать информация, чтобы быть осознанной. В патологии порог сознания может как

повышаться (например, при состояниях выключения сознания), так и понижаться (при так называемых особых состояниях сознания).

В сознании выделяют центр и периферию. Центр сознания составляет та информация, на которую в данный момент направлено внимание индивида и с которой он производит ту или иную деятельность. Остальная информация, осознаваемая человеком в данный момент, составляет периферию его сознания. Следует отметить, что далеко не вся информация, которая в данный момент времени воспринимается, припоминается или осмысливается человеком, достигает его сознания. Часть информации, с которой имеет дело наша психика, остается в бессознательном состоянии. Бессознательная психическая деятельность составляет существенную часть нашей психической деятельности в целом. При этом она так же, как и сознательная, оказывает влияние на поведение человека, его настроение, и даже может быть причиной патологических отклонений в его психической деятельности. Последнее, например, относится к неврозам.

## **2.9. Интеллект**

Интеллект (ум) – еще одна интегративная психическая функция, определяющая способность человека к получению и использованию знаний. В формировании интеллекта, главным образом, участвует три психических процесса: внимание, память и мышление. В структуре самого интеллекта также выделяют три компонента: предпосылки интеллекта, собственно интеллект и интеллектуальный инвентарь. К предпосылкам интеллекта относятся различные механические психические функции, необходимые для осуществления деятельности по усвоению и использованию знаний. Такими функциями являются внимание, механическая память, счет, чтение, письмо, праксис (совокупность автоматизированных навыков), гнозис (способность узнавать предметы), комбинаторные способности (способности к мысленному перебору вариантов). Собственно интеллект составляют способности к мыслительным операциям абстрактно-логического характера (анализ, синтез, обобщение,

сравнение, абстрагирование и т.д.). Наконец, интеллектуальный инвентарь – это те знания, которые уже имеются у человека. В патологии возможно нарушение каждого из перечисленных компонентов интеллекта в отдельности. Так, при лакунарной деменции в первую очередь страдают предпосылки интеллекта, при тотальной деменции и олигофрении – собственно интеллект, а при так называемой социально-педагогической запущенности наблюдается недостаточность интеллектуального инвентаря.

Интеллектуальные способности человека в значительной мере являются врожденными. В то же время, для того, чтобы врожденные задатки реализовались, их необходимо развивать, т.е. создать благоприятные для их реализации условия. При отсутствии таких условий даже интеллектуально одаренный ребенок может вырасти умственно неполноценным. Классический пример подобной ситуации – так называемые дети-маугли, выросшие в условиях звериной стаи. У таких детей даже после возвращения в человеческое общество навыки человеческого поведения полностью не восстанавливаются.

Оценка уровня интеллекта конкретного человека – непростая задача. Существующие сегодня многочисленные тесты на измерение интеллектуального коэффициента дают лишь ориентировочное представление об умственных способностях индивида, поскольку успешное выполнение такого теста, помимо состояния интеллекта обследуемого, определяется еще целым рядом дополнительных факторов (настроение обследуемого, его общее душевное и физическое состояние, отношение к обследованию, степень натренированности в решении подобных тестов и мн. др.). Поэтому полная картина интеллектуальных возможностей человека раскрывается лишь в процессе его практической деятельности (например, учебной или производственной).

## **Лекция 3**

### **Психические состояния**

#### **3.1. Определение психического состояния**

Психическим состоянием называется структурная организация всех имеющихся у человека психических компонентов в определенный отрезок времени. У человека имеется три основных психических состояния: бодрствование, сон и гипноз. Начнем нашу лекцию с рассмотрения состояния бодрствования.

#### **3.2. Бодрствование**

Главными психологическими признаками бодрствования являются наличие восприятия окружающего мира и целенаправленной волевой активности. Именно в состоянии бодрствования человек осуществляет всю свою деятельность. Главную роль в поддержании бодрствования играют активизирующие влияния ретикулярной формации на кору головного мозга. В среднем продолжительность бодрствования взрослого человека составляет 16 – 18 часов в сутки. Электрофизиологически в этот период происходят несинхронные колебания биопотенциалов нейронов головного мозга. На электроэнцефалограмме данное явление прослеживается в виде высокочастотных, но низкоамплитудных колебаний.

С физиологической точки зрения различают два вида бодрствования: активное и пассивное. Пассивное бодрствование характеризуется отсутствием какой-либо целенаправленной деятельности. На электроэнцефалограмме при этом преобладает альфа-ритм, проявляющийся правильными, регулярными синусоидными колебаниями. Активное бодрствование сопровождается какой-либо целенаправленной деятельностью. На электроэнцефалограмме при этом доминирует бета-ритм, состоящий из неправильных, нерегулярных высокочастотных колебаний.

### 3.3. Сон

В отличие от бодрствования, сон характеризуется отсутствием целостного восприятия окружающего мира (хотя отдельные ощущения сохраняются), а также отсутствием целенаправленной волевой активности. Средняя продолжительность сна у взрослого человека составляет 6 – 8 часов в сутки. Основная роль в регуляции суточного ритма сон-бодрствование принадлежит эпифизу – шишковидной железе головного мозга, вырабатывающей гормон сна – мелатонин. Выработка мелатонина происходит под влиянием нервных сигналов, идущих от сетчатки глаз и появляющихся тогда, когда уменьшается количество падающего на них света.

С физиологической точки зрения выделяют два вида сна – «быстрый» и «медленный». «Медленный» сон составляет около 90% общей продолжительности сна. У человека, находящегося в состоянии «медленного» сна, снижены тонус мышц, частота дыхания и сердечных сокращений, понижено артериальное давление, а глазные яблоки под сомкнутыми веками совершают медленные движения. В «медленном» сне, в свою очередь, выделяют четыре стадии, соответствующие разным степеням его глубины. Электрофизиологически при «медленном» сне нарастает процесс синхронизации колебаний биопотенциалов нейронов, что отражается на электроэнцефалограмме в виде преобладания низкочастотных высокоамплитудных волн (тетта- и дельта-ритм). В первой стадии «медленного» сна на электроэнцефалограмме увеличивается по сравнению с бодрствованием представленность тетта-ритма. Во второй стадии на фоне общего замедления электрической активности мозга в виде преобладания тетта-ритма отмечаются кратковременные периоды высокочастотного ритма («сонные веретена») и нерегулярные одиночные высокоамплитудные разряды (К-комплексы). В третьей и четвертой стадиях на электроэнцефалограмме преобладает дельта-ритм. Если он составляет менее 50% всех ритмов, квалифицируется третья стадия сна, если более 50% – четвертая.

«Медленный» сон выполняет у человека несколько важных функций. Во-первых, он обеспечивает общий отдых организма. Во-вторых, именно в период «медленного» сна происходит консолидация следов памяти, т.е. переход информации из буферной памяти в долговременную. Далее, во время «медленного» сна восстанавливается иммунитет путем активации Т-лимфоцитов. И, наконец, во время «медленного» сна по всему организму уничтожаются и заменяются отмершие клетки.

«Быстрый» сон («парадоксальный сон», «сон с быстрыми движениями глаз», REM-фаза сна) составляет около 10% общей продолжительности сна человека. У человека, находящегося в состоянии «быстрого» сна, резко падает мышечный тонус, а глазные яблоки под сомкнутыми веками совершают быстрые движения. Мышцы конечностей и лица дергаются в такт движениям глаз. Люди, разбуженные в фазу «быстрого» сна, в 90% случаев рассказывают о только что виденных ярких сновидениях. Это позволяет сделать вывод о том, что именно в эту фазу мы видим сны. Электроэнцефалограмма «быстрого» сна представлена в основном альфа- и бета-ритмом, т.е. напоминает энцефалограмму бодрствования. В этом и заключается парадоксальность данной фазы сна, поскольку человек в это время спит, а электрическая активность его мозга такая же, как в бодрствующем состоянии.

Функция «быстрого» сна, по-видимому, состоит в том, что во время него происходит отреагирование накопленных за день психоэмоциональных стрессов. Эту гипотезу подтверждает тот факт, что доля «быстрой» фазы в общей структуре сна увеличивается, когда человек переживает периоды повышенного эмоционального напряжения. Следует отметить также, что человеку необходимо определенное количество «быстрого» сна. Так, если в эксперименте у людей производили избирательную депривацию «быстрого» сна (т.е. будили их, как только наступала «быстрая» фаза), в последующие ночи представленность «быстрого» сна у них компенсаторно увеличивалась.

В течение ночи разные фазы сна последовательно сменяют друг друга. Сначала наступает «медленный» сон. Он постепенно углубляется, последова-

тельно проходя все четыре свои стадии. Когда «медленный» сон достигает максимальной глубины, он сменяется «быстрым» сном, при этом глубина сна постепенно уменьшается. Такая последовательная смена разных фаз сна получила название «цикл сна». Продолжительность одного полного цикла сна – 90 – 100 минут. Чтобы человек выспался, за ночь у него должно пройти 4 – 5 таких циклов.

### **3.4. Гипноз**

Особое физиологическое состояние психики и всего организма, условно занимающее промежуточное положение между сном и бодрствованием, получило название гипноза. Это состояние, так же, как и состояния бодрствования и сна, присуще не только человеку, но и высшим животным. Так, многие животные впадают в гипнотическое состояние, если их резко перевернуть или некоторое время насильно удерживать в неудобном положении. Гипноз животных представляет собой двигательное оцепенение: животное застывает, почти не подавая признаков жизни, тонус его мышц при этом резко повышен. Великий английский биолог и естествоиспытатель Чарльз Дарвин считал, что в основе гипноза животных лежит имеющийся у них безусловный защитный рефлекс «мнимой смерти», с помощью которого многие животные спасаются от хищников, брезгающих падалью. Человеческий же гипноз по Дарвину является лишь рудиментом этого животного рефлекса.

Изучением природы гипноза активно занимался великий отечественный физиолог Иван Петрович Павлов. В экспериментах на животных Павлов показал, что в основе гипнотического состояния лежит разлитое торможение коры головного мозга с сохранением ограниченного бодрствующего ее участка – «сторожевого пункта». Именно через этот сторожевой пункт и осуществляется так называемый раппорт – контакт между гипнотизером и гипнотизируемым.

Остановимся теперь на клинической картине гипноза человека. По мере нарастания своей глубины гипноз человека проходит три последовательные

стадии: сомнолентность, гипотаксия и сомнамбулизм. Первая стадия – сомнолентность. Человек, находящийся в этом состоянии, испытывает чувство общего расслабления, тепло и тяжесть в теле, сонливость. Ему лень двигаться, хочется сохранять имеющееся положение тела, не хочется открывать глаза. У него возникает ощущение замедления течения времени. Внешние раздражители (например, посторонние звуки) при этом воспринимаются, но проходят как бы «мимо сознания», гипнотизируемый не обращает на них внимания, все его внимание сконцентрировано на голосе гипнотизера. Постгипнотическая амнезия после выхода из состояния сомнолентности отсутствует, человек может рассказать о том, что чувствовал в этом состоянии, что слышал и т.д. В то же время, в силу ощущения замедления течения времени, у него может быть субъективное чувство, что он провел в гипнозе меньше времени, чем это было на самом деле. С позиции внешнего наблюдателя человек, находящийся в состоянии сомнолентности, напоминает спящего: он сидит или лежит в расслабленной позе, глаза его закрыты, дыхание медленное и глубокое. Подчиняемость гипнотизеру в состоянии сомнолентности отсутствует, поэтому при желании гипнотизируемый может усилием воли вернуться к бодрствующему состоянию без разрешения гипнотизера.

В состоянии гипотаксии, являющейся более глубокой стадией гипноза, ощущение тяжести тела, присущее сомнолентности, сменяется у гипнотизируемого чувством легкости, даже невесомости тела. Мышцы его не слушаются, он не может пошевелиться. Никакие посторонние раздражители, кроме голоса гипнотизера, уже не воспринимаются. Гипнотизируемый испытывает чувство остановки времени. После выхода из состояния гипотаксии наблюдается частичная постгипнотическая амнезия, т.е. часть событий, происшедших с ним во время пребывания в гипнозе, в том числе часть внушений гипнотизера, гипнотизируемый не может вспомнить. Объективно при гипотаксии наблюдается повышение тонуса скелетной мускулатуры по пластическому (экстрапирамидному) типу. По этой причине в данной стадии гипноза может наблюдаться интересное явление, называемое каталепсией («восковой

гибкостью»). Это явление состоит в том, что гипнотизируемый сохраняет любое положение, которое ему придадут. Например, если поднять его руку вверх и отпустить, то она не упадет под действием силы тяжести, а повиснет в воздухе и будет оставаться в таком положении. Кроме того, в стадии гипотаксии наблюдается так называемая пассивная подчиняемость, т.е. гипнотизируемый уже не может усилием воли выйти из гипноза или пошевелиться без разрешения гипнотизера.

Наиболее глубокой стадией гипноза у человека является сомнамбулизм. Данной стадии достигают далеко не все люди, а лишь обладающие высокой гипнабельностью. У человека, находящегося в состоянии сомнамбулизма, реальность смешана со сновидениями, т.е. он воспринимает как реальные объекты вокруг себя, так и, одновременно, различные сновидные образы, возникающие на фоне реальных объектов. Сомнамбулизм можно сравнить со сном с открытыми глазами. Человек при этом может двигаться, выполнять те или иные действия, в том числе ходить. Движения его замедленные, характерен немигающий, устремленный как бы внутрь себя взгляд. В состоянии сомнамбулизма отмечается полная подчиняемость гипнотизируемого гипнотизеру и резко повышенная внушаемость. Так, в этом состоянии человеку можно внушить ложную ориентировку в окружающей обстановке (он будет считать, что находится в каком-либо другом месте) и даже в собственной личности (будет считать себя кем-то другим). Возможно внушение галлюцинаций, как положительных (будет видеть перед собой несуществующие объекты), так и отрицательных (не будет видеть реальные объекты, которые в действительности присутствуют рядом). Голос гипнотизера может восприниматься гипнотизируемым как голос другого человека, например, кого-то из его близких. Возможны так называемые постгипнотические внушения, когда гипнотизер дает указание гипнотизируемому выполнить то или иное действие уже после выхода из гипноза, и тот действительно это делает, думая при этом, что осуществляет данное действие по собственному желанию. Гипнотизируемый в состоянии сомнамбулизма безропотно выполняет все

команды гипнотизера, однако заставить его сделать что-то, что явно противоречит его моральным установкам, невозможно: такая попытка обычно приводит к развитию истерического припадка с последующим спонтанным выходом из сомнамбулизма. Поэтому распространенная в населении вера в то, что можно под гипнозом заставить человека совершить преступление, не имеет под собой никаких оснований. После выхода из состояния сомнамбулизма, как правило, наблюдается полная амнезия на весь его период.

Погрузиться в состояние гипноза человек может как спонтанно (например, под действием каких-то монотонных внешних раздражителей), так и под влиянием целенаправленной гипнотизации со стороны другого лица. Существует два основных способа погружения человека в состояние гипноза: шоковая гипнотизация и постепенная гипнотизация. Шоковая гипнотизация осуществляется за счет действия на человека внезапных сверхсильных раздражителей. Методики шоковой гипнотизации в конце XIX века активно разрабатывал выдающийся французский невролог Жан-Мартен Шарко. С целью погружения человека в гипноз он использовал внезапную вспышку яркого света в абсолютно темном помещении, внезапный оглушительный удар в гонг или выстрел из пистолета над ухом гипнотизируемого. При шоковой гипнотизации гипнотизируемый мгновенно впадает в состояние сомнамбулизма, минуя предшествующие стадии гипноза. Недостаток этого метода, однако, состоит в том, что в гипноз при этом погружаются далеко не все люди, а лишь обладающие высокой степенью гипнабельности. Остальные же могут в такой ситуации попросту испугаться.

Для медицинских целей гораздо более приемлемым является постепенный метод гипнотизации. Он основан на утомлении анализаторов гипнотизируемого монотонными раздражителями. В качестве таких раздражителей могут выступать: монотонный голос гипнотизера, произносящий «гипнотическую песню»; долгая фиксация взгляда гипнотизируемого на каком-либо мелком блестящем объекте, утомляющем взор; монотонное гудение зуммера или тиканье метронома; фиксация взгляда на вращающемся диске с череду-

ющимися разноцветными полосами («гипнотрон»); обдувание тела гипнотируемого потоком теплого воздуха из фена. Возможно одновременное сочетание нескольких из перечисленных раздражителей.

В медицине состояние гипноза используется, главным образом, для проведения лечения внушением, поскольку в гипнозе внушаемость у человека резко повышается. При этом для успешного лечения внушением совсем не обязательно доводить пациента до состояния сомнамбулизма, поскольку уже в состоянии сомнолентности внушаемость существенно повышается. Наряду с этим, в ряде случаев лечебным действием обладает само по себе гипнотическое состояние, без какого-либо дополнительного внушения. Например, при состояниях тяжелого истощения организма применяется метод длительного гипноза-отдыха, когда пациента, лежащего в постели, погружают в гипноз и оставляют в этом состоянии на 12 – 14 часов, повторяя такие сеансы ежедневно до тех пор, пока пациент достаточно не окрепнет. Лечебный эффект данного метода объясняется тем, что в организме, находящемся в состоянии гипноза, восстанавливается работа нервных клеток, нормализуются обменные процессы и укрепляется общий иммунитет.

## **Лекция 4**

### **Клиническая психология личности**

#### **4.1. Определение и структура личности**

Личностью называют систему социально значимых психических свойств индивида. Это слово происходит от старорусского «личина», что означает «маска». Таким образом, в самом слове «личность» содержится ее значение как социальной маски человека. Кстати, в европейских и североамериканских странах личность обозначается словом «персона», что в переводе с латыни также означает «маска».

Структурно в личности человека выделяют три основных компонента: характер, направленность и способности. Характер отвечает на вопрос «ка-

ков этот человек?», направленность – «к чему он стремится и чем интересуется?», способности – «на что он способен?». Характер, в свою очередь, состоит из темперамента и воспитанных черт. Направленность включает в себя интересы, мораль и ценности личности. Способности же подразделяются на интеллектуальные и творческие. Все вместе это составляет структуру личности.

Следует отметить, что характер человека формируется путем взаимодействия биологических предпосылок и социальных факторов, в первую очередь, воспитания. Направленность почти целиком формируется под влиянием социальных факторов, биологические факторы в ее формировании роли практически не играют. Что же касается способностей, то они, напротив, почти целиком определяются факторами биологическими, в первую очередь, наследственностью. Личность в целом развивается на протяжении большей части жизни индивида. В норме процесс развития личности прекращается лишь с началом возрастных дегенеративных процессов в головном мозге, т.е. в глубокой старости.

## **4.2. Характер**

Из всех структур личности для медицинской психологии наибольшее значение имеет характер, поэтому остановимся на нем подробнее. Характер (от греч. *character* – печать, чеканка, клеймо) – это совокупность устойчивых стереотипов поведения и психических реакций индивида. Формирование характера, как уже указывалось, происходит путем взаимодействия его биологических предпосылок (темперамент) и социальных факторов (воспитание). Процесс формирования характера в основном завершается с завершением процесса полового созревания, т.е. к 15 – 16 годам. В норме основные черты характера человека в течение его жизни не меняются, но имеется несколько возрастных периодов, когда они временно заостряются. В первую очередь, это периоды пубертата и климакса. С наступлением возрастных дегенератив-

ных изменений головного мозга черты характера постепенно нивелируются, человек при этом теряет свою индивидуальность.

Биологически обусловленная часть характера носит название темперамента. Темперамент (от лат. *temperamentum* – соразмерность, соотношение частей) – это совокупность динамических свойств психики индивида. К динамическим свойствам психики относятся сила психических процессов, их подвижность, скорость психических реакций, общая уравновешенность психики. Темперамент формируется в раннем детстве в основном под влиянием наследственности, а также различных органических воздействий на развивающийся головной мозг (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, интоксикации и т.д.). В дальнейшем, на протяжении жизни человека он не меняется, за исключением случаев серьезной патологии головного мозга. Традиционно выделяют четыре типа темперамента: сангвинический, холерический, флегматический и меланхолический. Сангвиник подвижен, активен, жизнерадостен, общителен. Холерик вспыльчив, но отходчив, страстен, импульсивен, отличается быстротой мышления и реакции, язвителен, порывист. Флегматик медлителен, невозмутим, вял, спокоен, уравновешен. Меланхолик же робок, раним, чувствителен, впечатлителен, склонен к грусти.

Учение о темпераменте родилось еще в Древней Греции. Со времен Гиппократа и вплоть до XIX века в науке господствовала гуморальная теория темперамента, объяснявшая его свойства преобладанием в организме той или иной жидкости. Так, считалось, что в организме сангвиника из всех жидкостей преобладает кровь (лат. *sanguis* – «кровь»), холерика – желчь (греч. *chole* – «желчь»), флегматика – слизь (греч. *phlegma* – «слизь»), меланхолика – черная желчь (греч. *melaina chole* – «черная желчь»). С точки зрения сегодняшнего дня подобное объяснение природы темпераментов выглядит наивным и давно уже никем не принимается всерьез. Однако соответствующие названия темпераментов сохранились по сей день как дань исторической традиции. Современную научную базу под античную теорию темпераментов подвел великий русский физиолог Иван Петрович Павлов, разработавший

учение о типах высшей нервной деятельности. В экспериментах на собаках он обнаружил у них четыре типа высшей нервной деятельности: 1) сильный, уравновешенный, подвижный (соответствует сангвиническому темпераменту); 2) сильный, неуравновешенный, подвижный (соответствует холерическому темпераменту); 3) сильный, уравновешенный, инертный (соответствует флегматическому темпераменту); 4) слабый (соответствует меланхолическому темпераменту).

### **4.3. Типология характера**

В психологии существует множество классификаций типов характера, построенных в зависимости от теоретических воззрений их авторов. Однако для нужд медицины и медицинской психологии наиболее подходит типология характера, принятая в рамках так называемой клинической характерологии. Клиническая характерология – это учение о характере, рассматривающее его как часть психофизической конституции индивида. Основоположником клинической характерологии считается немецкий психиатр и психолог Эрнст Кречмер, который в своей работе «Строение тела и характер» (1921) впервые показал наличие связи между характером человека и его телосложением. В дальнейшее развитие клинической характерологии большой вклад внесли отечественные психиатры Петр Борисович Ганнушкин, Андрей Евгеньевич Личко и Марк Евгеньевич Бурно.

В рамках клинической характерологии выделяют следующие основные типы характера: циклоидный, epileптоидный, астенический, психастенический, ананкастический, истерический, неустойчивый и шизоидный. Название перечисленных типов характера происходит от названий ряда психических расстройств, однако это вовсе не значит, что сами эти типы являются патологическими. Речь идет лишь о том, что черты того или иного характера напоминают особенности больных тем или иным психическим расстройством. Традиция называть характеры психиатрическими терминами сформировалась в клинической характерологии исторически, поскольку большинство ее

видных представителей являются психиатрами. Еще одна особенность клинической типологии характеров состоит в том, что каждому типу характера соответствует определенный тип телосложения. Далее мы кратко остановимся на каждом из вышеперечисленных типов характера.

Первый из них – циклоидный характер. Название его происходит от названия психического заболевания «циклофрения» (так раньше называли маниакально-депрессивный психоз). Другое название циклоидного характера – естественно-реалистичный. Представителей данного характера отличают следующие черты: синтонность (т.е. эмоциональная заразительность); экстравертированность (т.е. склонность жить внешними впечатлениями); открытость, общительность; естественность в поведении; практичность в делах; любовь к чувственным удовольствиям (гастрономическим, телесным, эротическим и др.); склонность к аутохтонным (т.е. не связанным с внешними причинами) перепадам настроения. На последнем качестве следует остановиться особо. Дело в том, что в зависимости от его проявлений выделяют три основных подтипа циклоидов. У некоторых из них периоды повышенного и пониженного настроения чередуются, занимая примерно одинаковое по продолжительности время. Зачастую эти периоды бывают связаны с сезонами года: в какой-то из сезонов настроение несколько повышено, а в какой-то, наоборот, понижено. Такие циклоиды составляют подтип циклотимов. В то же время, есть циклоиды, у которых резко преобладают по продолжительности периоды повышенного или, наоборот, пониженного настроения. Первые носят название гипертимов, а вторые – гипотимов.

Для циклоидов характерно так называемое *пикническое* телосложение (от греч. пикнос – «плотный»). Его отличительными чертами являются короткие по отношению к туловищу конечности, широкая грудная клетка, крупная округлая голова, склонность к полноте. Пикники чаще невысокого или среднего роста, хотя изредка могут встречаться и высокорослые представители этого типа. Склонность к полноте особенно ярко проявляется у пикников к середине жизни, в молодости она может быть еще не так заметна. В

жизни циклоиды часто тяготеют к занятиям, связанным с активным общением с людьми (журналисты, менеджеры и т.п.). Многие из них охотно занимаются общественной работой.

Следующий тип характера – эпилептоидный. Его название происходит от названия заболевания эпилепсия и отражает тот факт, что черты характера эпилептоида напоминают таковые, присущие больному эпилепсией. Другое название данного характера – напряженно-авторитарный. Основными чертами эпилептоида являются: сила, напряженность эмоций и физиологических влечений (пищевого, сексуального); дисфоричность (т.е. склонность к сердито-раздражительному настроению); авторитарность (т.е. властность, любовь покомандовать); прямолинейность в межличностных отношениях; решительность; упорство; склонность подолгу «застревать» на тех или иных переживаниях, долго хранить обиду; уверенность в себе.

Эпилептоидам свойственно *атлетическое* телосложение. Данный тип телосложения отличают следующие особенности: пропорциональная по отношению к туловищу длина конечностей, широкие плечи, «плотная», слегка приплюснутая по бокам голова, средний или высокий рост, развитая мускулатура и выраженный костный рельеф. В жизни эпилептоиды часто стремятся к «мужским» видам деятельности, связанным с риском, преодолением трудностей, а также к руководящим должностям. Немало их можно встретить среди работников «силовых» ведомств – в армии, полиции, органах МЧС.

Еще один тип характера, на котором мы остановимся – астенический. Как известно, термин «астения» в медицине означает слабость. Говоря об астеническом характере, мы в первую очередь имеем в виду слабость не физическую, а душевную. Основные проявления такой слабости следующие: робость, боязливость; повышенная застенчивость; чрезмерная эмоциональная чувствительность, ранимость; истощаемая раздражительность (т.е. раздражение быстро переходит в раскаяние, слезы, извинения); впечатлительность, особенно по отношению к негативной информации; склонность к вегетативной дистонии (перепады артериального давления со склонностью к гипото-

нии, нерегулярность сердечного ритма, перебои в работе кишечника и т.д.); заниженная самооценка; склонность впадать в психологическую зависимость от более уверенной в себе личности. По-другому астенический характер называют застенчиво-раздражительным.

Типичное телосложение астеников так и называется – астеническое. Для него характерны длинные по отношению к туловищу конечности, узкая грудная клетка, худощавость, длинная шея, часто (хотя и необязательно) – высокий рост, слабо развитая мускулатура. Астеники с детства не отличаются физической силой и ловкостью, но нередко весьма выносливы и хорошо бегают. В жизни астеник старается занимать скромные, незаметные должности. Важнее всего для него дом, семья и вообще близкие люди.

Следующий тип характера, выделяемый в рамках клинической характеристики, – психастенический. Психастенией раньше называли психическую болезнь, проявляющуюся чрезмерной, патологической склонностью к сомнениям. Этот характер очень близок к астеническому, даже название у него похожее (психастения дословно переводится как «слабодушие»). Однако он все-таки имеет ряд важных отличий, позволяющих отличать его от астенического. Основными чертами психастеника являются: склонность к тревожным сомнениям (вдруг случится что-то плохое, что-то пойдет не так, или вдруг забыл сделать что-то важное и т.д.); вялые, «жухлые» эмоции, приводящие к неспособности ярко переживать как радость, так и горе; склонность к защитной деперсонализации (ощущению собственной измененности, душевной бесчувственности и онемения в волнительные моменты жизни); утрированная склонность к размышлениям, рассуждательству в ущерб эмоциям; склонность постоянно заниматься самоанализом, самокопанием, как бы смотреть на себя со стороны; повышенная совестливость, фиксация на морально-этических переживаниях; непрактичность в делах; неуверенность в себе. Другое название психастенического характера – тревожно-сомневающийся.

Как видно из приведенного описания, у психастеника и астеника действительно много похожих черт. Главное же из различие состоит в том, что

психастеник – это подчеркнуто мыслительный тип с вялыми, неяркими эмоциями, «эмоциональный сухарь», тогда как астеник – человек более эмоционального склада. Телосложение психастеника такое же, как и у астеника – астеническое. Однако среди психастеников гораздо чаще, чем среди астеников, встречаются люди высокого роста. Психастеник крайне двигательно неловок, порой неуклюж и оттого, обычно, совсем не спортивен. В жизни психастеники тяготеют к интеллектуальной деятельности (наука, преподавание и т.п.). Вообще, они больше теоретики, чем практики.

Близким к психастеническому является еще один характер – ананкастический. Некоторые авторы даже склонны рассматривать данный характер как подтип психастенического. Все-таки он имеет ряд важных отличий от психастенического характера. Название данного характера происходит от имени древнегреческой богини неизбежности и судьбы Ананке. Другое его название – педантичный характер. Важнейшими чертами ананкаста являются следующие: педантизм, т.е. утрированная склонность к порядку, правилам и инструкциям; повышенная тревожность; неуверенность в надежности окружающего мира при достаточной уверенности в себе; склонность к навязчивым ритуалам (бессмысленным стереотипным действиям, которые ананкаст выполняет для того, чтобы успокоиться и внушить себе, что все будет хорошо); любовь к различной «систематизирующей» деятельности, в т.ч. к коллекционированию. Общим у психастеника и ананкаста является такое качество, как повышенная тревожность, боязнь «как бы чего не вышло». Однако ананкаст гораздо увереннее в себе и, в отличие от психастеника, отнюдь не склонен к постоянному самоанализу.

Ананкастам свойственно так называемое атлетоидно-диспластическое телосложение, сочетающее в себе черты астенического и атлетического типов конституции. В жизни ананкаст охотно занимается деятельностью, требующей аккуратности и систематичности (бухгалтер, юрист и т.п.). Следует отметить, что в нашей стране ананкасты встречаются нечасто, но их много в

странах севера Европы (Великобритания, Германия, Скандинавские страны). Сама культура этих стран во многом ананкастична.

Следующий характер, на котором мы остановимся – истерический. Его название происходит от названия болезни истерия. Слово истерия происходит от греческого *hystera*, что означает «матка». Такое название эта болезнь получила еще в античные времена, когда считалось, что она присуща только женщинам и происходит от действия матки на организм. Сегодня от такой точки зрения давно отказались, кроме того, хорошо известно, что и болезнь истерия, и истерический склад характера могут быть присущи не только женщинам, но и мужчинам. Тем не менее, название этого характера исторически закрепилось и сохраняется по сей день. Другое название истерического характера – демонстративный. Основными его чертами являются: эгоцентризм, т.е. любовь находиться в центре внимания; демонстративность, т.е. поведение, нацеленное на привлечение к себе внимания самыми разными способами; выразительная, экспрессивная, хотя и несколько холодноватая эмоциональность; артистические способности; склонность манипулировать окружающими; яркое воображение и, как следствие, повышенная внушаемость; склонность к защитному вытеснению (т.е. способность забывать или не замечать неприятную информацию); художественность, т.е. преобладание образного мышления над формально-логическим. Для привлечения к себе внимания истерики используют самые разные способы. Наиболее распространенными среди этих способов являются следующие: яркий или необычный внешний вид; подчеркнутая сексуальность; эпатажирующие (т.е. скандальные) поступки; впечатляющие рассказы о себе (в том числе приукрашенные или вымышленные); необычные увлечения, о которых истерик стремится сообщить окружающим; привлекающая внимание общественная деятельность; симптомы необычных болезней.

Истерикам свойственно так называемое грацильно-инфантильное телосложение (от латинского грацилис – «тонкий», «изящный» и французского инфант – «ребенок»). Для этого телосложения характерны черты телесной

незрелости, подростковости, тонкие кости, зачастую миниатюрность. Телесная незрелость истериков может проявляться, в том числе, в некоторой недоразвитости вторичных половых признаков, например, у мужчин это недоразвитое оволосение по мужскому типу или высокий голос, а у женщин – узкий таз, маленькая грудь или инфантильная матка. От природы многим истерикам присущи грация и изящество в движениях, что делает их особенно способными к танцам и другим занятиям, требующим пластики. В жизни истерики охотно занимаются деятельностью, связанной с привлечением внимания (например, актеры) или требующей художественных способностей (художники, дизайнеры и т.п.).

Близким к истерическому является еще один характер – неустойчивый. Важнейшими чертами людей с таким характером являются: слабоволие, неспособность заставить себя делать то, что нужно, но не хочется; постоянное стремление к удовольствиям и развлечениям; стремление к ярким переживаниям, острым ощущениям; легкомыслие, склонность жить одним днем; ненадежность и необязательность; нежелание брать на себя какую-либо ответственность; подверженность влиянию окружения. С истериками неустойчивых сближает психическая незрелость, инфантильность, только у истериков эта незрелость в большей степени касается эмоциональной сферы, а у неустойчивых – волевой. Нередко наблюдается сочетание истерических и неустойчивых черт у одного и того же человека. Некоторые авторы даже склонны рассматривать истерический и неустойчивый характеры как два подтипа одного характера, предлагая называть такой характер ювенильным (т.е. юношеским). Телосложение неустойчивых близко к телосложению истериков, но им в меньшей степени присущи грация и изящество в движениях. В жизни неустойчивые часто стремятся выбирать профессии, связанные с частой сменой впечатлений, переездами и т.д. Следует отметить также, что в судьбе неустойчивого очень много зависит от того, какие люди находятся рядом с ним и под какое влияние – положительное или отрицательное – он попадет.

Последним из характеров, которые мы рассматриваем, является шизоидный. Из названия его видно, что черты этого характера напоминают психические особенности больных шизофренией. Главными из этих черт являются: замкнутость, низкая потребность в общении; интровертированность, т.е. склонность жить внутренними представлениями, которые для шизоида более значимы, чем внешние впечатления; своеобразие интересов и увлечений, о которых шизоид обычно не стремится рассказывать окружающим; индивидуализм и нонконформизм (склонность не придерживаться общепринятых ценностей); тяга к абстрактным или оторванным от реальности областям деятельности (теоретические науки, философия, мистика, религия, шахматы, символическое или абстрактное искусство, медитация и т.д.); высокие способности к овладению и оперированию знаниями схематического или символического характера (программирование, восточные иероглифические языки и т.д.). Другое название шизоидного характера – замкнуто-углубленный.

Телосложение шизоидов чаще всего астеническое, однако оно может содержать в себе элементы других типов (пикнического, атлетического), иногда причудливо перемешанные. Такое телосложение называют диспластическим. Кроме того, шизоидов отличают некоторые особенности моторики. Так, они часто непластичны, угловаты в движениях, для них нередко характерны скупость жестыкуляции и мимики, своеобразная скованность, «роботоподобность» в движениях. В жизни шизоиды стараются выбрать занятие, не связанное с активным общением с людьми и по возможности совпадающее с их интересами. Немало их можно встретить среди физиков, математиков, программистов, лингвистов, философов.

Завершая разговор о типологии характеров следует отметить, что в жизни, наряду с «чистыми» типами характеров нередко встречаются характеры смешанные, содержащие в себе элементы двух и более различных характерологических типов, называемых в таком случае характерологическими радикалами. Как правило, один из радикалов является доминирующим, и именно он определяет основной тип характера данного человека, остальные же ради-

калы (субдоминантные) создают лишь тот или иной его оттенок. В том случае, если ни один из радикалов отчетливо не доминирует, говорят о мозаичном характере.

#### **4.4. Нормальный и патологический характер.**

Каждый из перечисленных типов характера может быть как нормальным, так и патологическим. Границей между нормой и патологией здесь является социальная адаптированность индивида. О патологии характера можно говорить в том случае, если человек в силу особенностей своего характера социально дезадаптирован, т.е. не может нормально уживаться в обществе. Иными словами, из-за своего характера такой человек либо страдает сам, либо от него страдают окружающие. Случаи, когда патологические особенности характера присущи человеку с раннего детства и сохраняются у него и во взрослом возрасте, называются психопатиями. Они рассматриваются в медицине как аномалии психического развития. Если же патологические особенности характера появляются у человека уже на фоне ранее сформированного нормального характера под влиянием того или иного заболевания, то такие случаи принято называть психопатоподобным синдромом или психопатизацией личности.

Особая выраженность тех или иных черт характера, не приводящая, однако, к социальной дезадаптации индивида, называется акцентуацией характера. Данный термин принадлежит выдающемуся немецкому психиатру Карлу Леонгарду, являющемуся создателем учения об акцентуациях. Акцентуации рассматриваются в качестве варианта психической нормы и не являются психиатрическим диагнозом. Следует отметить, что типы акцентуаций характера и психопатий в целом одинаковы и соответствуют типам характера, описанным в данной лекции. Отличаются они друг от друга степенью выраженности соответствующих характерологических черт, а также степенью гармоничности характерологического склада в целом.

## Лекция 5

### Психология больного

#### 5.1. Понятие внутренней картины болезни и ее структура

Разговор о психологии больного следует начать с понятия внутренней картины болезни. Как известно, всякая болезнь имеет свою клиническую картину, складывающуюся из ее внешних проявлений. То есть клиническая картина болезни – это то, как болезнь выглядит с позиции внешнего наблюдателя. Однако, наряду с этим, любая болезнь, так или иначе, воспринимается и оценивается и самим болеющим человеком, т.е. имеет свою субъективно-психологическую сторону. Эта субъективно-психологическая сторона болезни и получила название внутренней картины болезни. Иными словами, внутренняя картина болезни – это весь комплекс душевных переживаний больного по поводу своего заболевания. Понятие внутренней картины болезни ввел в науку известный отечественный терапевт Роман Альбертович Лурия, отец выдающегося отечественного психолога Александра Романовича Лурия, в своей книге «Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания», вышедшей в 1944 году.

Во внутренней картине болезни принято выделять четыре компонента или уровня: чувственный (сенсорный), эмоциональный (аффективный), интеллектуальный (когнитивный) и поведенческий (мотивационный). Чувственный уровень внутренней картины болезни объединяет в себе все ощущения, вызванные болезнью. Это могут быть такие проявления, как дискомфорт, боль, жар, озноб, зуд, парестезии, сенестопатии и т.д. Эмоциональный уровень составляют все эмоциональные переживания больного, связанные с его болезнью: тревога, страх, раздражение, гнев, тоска, эйфория и т.д. Интеллектуальный уровень формируется знаниями и представлениями больного о его болезни, в частности, о ее причинах, внутренних механизмах, прогнозе, методах лечения и т.д. Наконец, поведенческий уровень отражает то, как болезнь включена в иерархию потребностей человека и насколько его поведе-

ние способствует борьбе с ней. Данный уровень является результатом взаимодействия всех остальных уровней. Значение внутренней картины болезни состоит в том, что она определяет отношение больного к своей болезни и к лечению, что, в конечном счете, отражается на результатах последнего, поскольку процесс лечения – это всегда взаимодействие врача и пациента, и результат его зависит от вклада обеих сторон. Поэтому врачу в своей лечебной деятельности всегда важно учитывать внутреннюю картину болезни пациента и, при необходимости, корректировать ее.

## **5.2. Факторы, влияющие на внутреннюю картину болезни**

Далее мы остановимся на влиянии на внутреннюю картину болезни некоторых факторов. Первый из них – пол пациента. Известно, что женщины лучше мужчин переносят боль и длительное обездвиживание. Кроме того, в их внутренней картине болезни более значимую роль играет эмоциональный компонент. Часто женщины большое значение придают косметическим сторонам болезни, что напрямую отражается и на их отношении к лечению. Так, женщина может предубежденно относиться и даже отказываться от тех методов лечения, которые способны негативно отразиться на ее внешней привлекательности. Наконец, женщины бывают весьма обеспокоены возможным влиянием болезни на их способность к деторождению.

Мужчины, в отличие от женщин, хуже переносят боль и длительное обездвиживание. В их внутренней картине болезни особенно большое место занимает интеллектуальный компонент. Большое значение мужчины придают влиянию болезни на профессиональную пригодность и перспективы карьерного роста. Наконец, они нередко бывают особенно обеспокоены влиянием болезни на свои сексуальные возможности. Последний фактор может во многом определить отношение мужчин к различным методам лечения вплоть до отказа от тех из них, которые могут отрицательно отразиться на состоянии их сексуальных функций.

Теперь остановимся на возрастных особенностях внутренней картины болезни. У детей во внутренней картине болезни преобладают чувственный и эмоциональный уровни, тогда как интеллектуальный и мотивационный еще недоразвиты. Большое значение в формировании отношения детей к лечению играет необходимость их временного отрыва от родителей (например, в случае стационарного лечения). Но решающее значение для формирования внутренней картины болезни ребенка имеет отношение к его болезни самих родителей, и в первую очередь, матери. Нередко именно чересчур тревожное или сверхценное отношение матери к болезни ребенка, а также воспитание его «в культе болезни» способствует в дальнейшем формированию у ребенка дисгармоничного отношения к своему здоровью, которое может сохраниться у него на всю последующую жизнь.

У подростков центральное место во внутренней картине болезни занимает влияние болезни на внешность. Эта особенность свойственна как девушкам, так и юношам и является следствием вообще характерного для подростков сверхценного отношения к своей внешности. Следует отметить также, что психические реакции подростков на свою болезнь, как и их отношение к лечению, отличаются крайней неустойчивостью, изменчивостью. При этом зачастую даже нормальные соматические изменения и реакции в организме подростка, связанные с его половым созреванием, субъективно могут восприниматься им как патологические.

Сверхценное отношение подростков к собственной внешности отражается и в некоторых типичных для этого возраста психических расстройствах. Речь идет, в частности, о синдромах дисморфофобии и дисморфомании. Первый проявляется навязчивым страхом дефекта внешности, второй – сверхценной или бредовой убежденностью подростка в наличии у него дефекта внешности или уродства, которого в действительности нет. Пусковым фактором к развитию данных синдромов могут становиться, в том числе, и соматические заболевания. Подростки, страдающие указанными синдромами, отличаются соответствующими особенностями поведения: они носят одежду,

скрывающую мнимые дефекты внешности, стараются выходить на улицу в темное время суток, подолгу простаивают перед зеркалом, разглядывая свой мнимый дефект, иногда стремятся подвергать себя пластическим операциям, а порой даже пытаются проводить такие операции себе сами. Одной из разновидностей синдрома дисморфомании является так называемая нервная анорексия. Этот синдром, встречающийся главным образом у девушек подросткового и юношеского возраста, проявляется сверхценной или бредовой убежденностью в своей якобы чрезмерной полноте. Девушки, страдающие этим синдромом, стремятся скорректировать свою фигуру посредством чрезмерно строгих диет, использования слабительных и изнурения себя физическими нагрузками. В итоге они могут доводить себя до тяжелой кахексии, иногда возможны даже летальные исходы.

У лиц зрелого возраста максимальной выраженности достигает интеллектуальный компонент внутренней картины болезни. На первое место по своей значимости для них выходит влияние болезни на трудоспособность. Большинство при этом боятся потерять трудоспособность вследствие болезни, однако в части случаев, напротив, встречается рентное отношение к болезни с установкой на получение инвалидности.

Что же касается лиц пожилого и старческого возраста, то для них характерным является, прежде всего, негативное эмоциональное отношение к болезни с преобладанием тревоги или тоски. Чаше, чем в других возрастных группах, у них наблюдается ипохондрическая реакция на болезнь. Наконец, для этого возраста характерны повышенные опасения по поводу прогноза болезни и страх заболеть болезнью, могущей привести к смерти (рак, инфаркт, инсульт и т.д.). В любом своем заболевании пожилой человек склонен подозревать такую смертельную болезнь.

### **5.3. Личностные реакции на болезнь**

Большое влияние на внутреннюю картину болезни оказывают и личностные особенности больного. В связи с этим известным отечественным

психиатром Андреем Евгеньевичем Личко был описан ряд типичных личностных реакций на болезнь. Далее мы коротко остановимся на каждой из этих реакций.

Первая из них – гармоничная реакция. Эта наиболее благоприятная реакция из всех. Для данной реакции характерны адекватная оценка больным тяжести своей болезни, наличие у него правильных знаний и представлений о ней, о ее прогнозе и методах лечения, установка на активное преодоление болезни и конструктивное сотрудничество с врачом. К сожалению, на практике случаи гармоничного отношения больного к своей болезни встречаются нечасто.

Следующая личностная реакция на болезнь – тревожная. При данном типе реакции у больного преобладают тревожные опасения по поводу прогноза своей болезни, ее возможных осложнений, побочных действий лекарств и т.д. Ожидаемые проблемы при этом волнуют больного больше, чем уже возникшие. Отмечаются связанные с тревогой нарушения сна, аппетита и повседневного функционирования. Тревожная реакция на болезнь характерна, в первую очередь, для людей с психастеническим типом характера. Другими факторами, способствующими данной реакции, являются пожилой возраст и хронические сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклероз). Психологическая тактика врача при работе с пациентом, у которого отмечается тревожная реакция на болезнь, состоит в том, чтобы в доступной для него форме дать пациенту как можно больше достоверной информации о его болезни (ее природе, закономерностях течения, механизмах формирования симптомов, методах лечения и т.д.). Связано это с тем, что тревога представляет собой эмоциональную реакцию на прогностическую неопределенность ситуации. Когда же тревожный человек владеет достаточной информацией о ситуации, у него возникает ощущение, что он эту ситуацию контролирует, и причин для беспокойства у него становится меньше. Естественно, информацию больному следует преподносить в такой форме, чтобы не напугать его.

При меланхолической реакции на болезнь у больного отмечается преобладание подавленности и тоски. Характерен пессимистический взгляд на прогноз заболевания, пассивность. Нередко у больного возникают суицидальные мысли. Иными словами, болезнь, выступая в качестве психической травмы, вызывает у больного депрессивное состояние. Подобная реакция на болезнь наблюдается у людей с гипотимным складом характера, а также у лиц, имеющих отягощенную по депрессии наследственность. Предрасполагают к меланхолическому типу реакции на болезнь также заболевания печени и щитовидной железы, особенно с ее гипофункцией. Психологическая тактика врача при работе с пациентом, имеющим меланхолическую реакцию на болезнь, состоит в том, чтобы выразить ему свое сочувствие и эмоционально поддержать его. Разъяснение в таких случаях, как правило, оказывается неэффективным, для подобного больного эмоциональная поддержка бывает более значима, чем рациональное информирование. Он скорее поверит словам врача, что «все будет хорошо», произнесенным теплым, дружелюбным, понимающим тоном, чем холодным логическим рассуждениям.

Эйфорическая реакция на болезнь характеризуется необоснованно повышенным настроением, легкомысленным отношением к болезни и лечению, желанием «получить от жизни все», несмотря на болезнь. Именно эти больные легко нарушают требования режима и диеты даже в тех ситуациях, когда это непозволительно. Эйфорическая реакция на болезнь может наблюдаться у лиц с гипертимным и неустойчивым типами характера, а также у больных с хронической гипоксией мозга или органическим поражением базальных отделов лобных долей головного мозга. Такая реакция, несомненно, нуждается в психологической коррекции, поскольку она весьма негативно сказывается на процессе лечения, а, следовательно, и на прогнозе болезни. Имея дело с таким пациентом, врачу следует припугнуть его возможными последствиями чересчур легкомысленного поведения по отношению к болезни, даже несколько сгустить краски в отношении тяжести болезни и серьезности ее прогноза. При этом не следует опасаться возможной ятрогении от подобных

действий, поскольку в данном случае пациент все равно склонен недооценивать серьезность своей болезни.

При апатической реакции на болезнь у больного отмечается безразличие к своей судьбе, исходу болезни и результатам лечения. Такой больной в целом не отказывается лечиться, и при настойчивом побуждении со стороны пассивно подчиняется лечебным процедурам. Однако главной проблемой при данном типе реакции на болезнь является отсутствие мотивации к выздоровлению, без которой прогноз заболевания также осложняется. Апатическое отношение к своей болезни может быть истинным или носить защитный характер. Истинная апатия по отношению к болезни характерна для глубоких шизоидов, лиц с выраженными признаками шизофренического дефекта, а также для больных с органическим поражением конвекситальных отделов лобных долей головного мозга. Что же касается защитной апатии, то она скрывает под собой глубоко спрятанный страх перед болезнью и может наблюдаться у астеников, психастеников, а иногда и у циклоидов. Тактика врача при защитной апатии у пациента состоит в том, чтобы спровоцировать его на выражение тех чувств, которые скрываются под маской апатии. В таком случае апатическая реакция на болезнь переходит в какую-либо другую, например, тревожную или меланхолическую, с которой уже следует работать соответствующими данной реакции методами. Истинная апатия значительно менее курабельна. Для ее преодоления врачу нередко приходится привлекать родственников больного, которые должны постоянно стимулировать его на борьбу со своей болезнью.

Для ипохондрической реакции на болезнь характерна фиксация внимания на отдельных симптомах болезни и преувеличение их значимости вплоть до сверхценных идей о наличии нераспознанного врачом более тяжелого заболевания или осложнения. Таких больных отличает повышенный интерес к медицинской литературе и вообще любой информации медицинского характера. Они настойчиво требуют от врача все новых и новых обследований и методов лечения. Для них характерна любовь лечиться при одновременном

неверии в успех этого лечения. Зачастую у лиц с ипохондрической реакцией выявляются рентные установки по отношению к своей болезни со стремлением получить от нее ту или иную выгоду. Ипохондрическая реакция на болезнь характерна для людей с эпилептоидным складом характера, в особенности для так называемых торпидных эпилептоидов, у которых инертность психических процессов преобладает над возбудимостью. Кроме того, ипохондрическую реакцию на болезнь нередко можно наблюдать у лиц с резидуально-органическим поражением головного мозга и у больных эпилепсией, а также у людей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Следует отметить, что разъяснение на больного с ипохондрической реакцией на болезнь практически не действует и апеллировать к его логике практически бесполезно. На всякий довод врача больной приводит свой контрдовод, подкрепляя его ссылками на сведения, почерпнутые из литературы или интернета (которые пациент, как правило, трактует превратно). Поэтому тактика врача при работе с пациентом, имеющим ипохондрическую реакцию на болезнь, состоит в том, чтобы использовать прием «авторитарного наукообразного внушения». Суть этого приема заключается в том, что врач апеллирует не к логике, а к вере больного. При этом он обращается к пациенту не от своего лица, а от лица медицинской науки в целом. Используя в речи сложные, малопонятные для пациента медицинские термины, демонстрируя пациенту непонятные для него результаты инструментальных методов исследования, врач старается произвести на него максимальное впечатление и заставить его поверить в свой непререкаемый авторитет. Важно при этом, чтобы все эти сведения сообщались больному безапелляционным тоном, и врач уверенно и решительно заявил бы больному, что заболевания, которого тот так опасается, у него нет. Таким способом в данном случае иногда удается развеять ипохондрические переживания пациента.

Следующая личностная реакция на болезнь – неврастеническая. Для этой реакции характерны жалобы на слабость, утомляемость, сонливость, плохая переносимость боли и медицинских процедур. Часто у больных

наблюдается истощаемая раздражительность, вегетативная лабильность, неустойчивые сон и аппетит. Такие больные могут иногда производить впечатление капризных и эгоистичных, но в действительности раздражительность происходит не от эгоизма, а от усталости. Подобная реакция на болезнь характерна для людей с астеническим складом характера, а также для больных, страдающих хроническими вялотекущими заболеваниями, изнуряющими больного и истощающими его нервную систему. Имея дело с таким пациентом, врач должен, прежде всего, проявить терпимость и понимание по отношению к его поведению, не стыдить его, не возмущаться его раздражительностью, а, напротив, быть с пациентом мягким и даже ласковым. В таком случае раздражительность пациента постепенно проходит и нередко сменяется раскаянием и извинениями, а поведение его становится более спокойным и упорядоченным.

Эгоцентрическая реакция на болезнь характеризуется стремлением больного с помощью проявлений своей болезни получить как можно больше внимания от близких и медицинского персонала. Таких больных отличает подчеркнуто эмоциональная и драматичная манера предъявления жалоб, преувеличение тяжести своего состояния, а иногда даже появление в клинической картине дополнительных, психогенно обусловленных симптомов. При этом больные с эгоцентрической реакцией на болезнь зачастую ревниво-язвительно относятся к другим пациентам, воспринимая их как конкурентов в борьбе за внимание. Подобная реакция на болезнь характерна, в первую очередь, для людей с истерическим складом характера. Кроме того, она может встречаться у лиц, воспитанных «в культе болезни», которых с детства приучали к роли больного с получением от этой роли особого внимания, а также тех или иных выгод или послаблений. Наиболее правильная тактика врача при общении с таким пациентом – держаться с ним холодно-официально, не выходя за границы своей врачебной роли. Ошибкой здесь будет как чрезмерное внимание и эмоциональное сопереживание такому больному, так и, напротив, излишняя критичность, стремление приструнить

или пристыдить его, поскольку и то, и другое ведет к усилению демонстративности в поведении больного. Кроме того, обследуя такого пациента, не следует чрезмерно углубляться в расспрос его жалоб, поскольку, чем больше расспрашивают больного с эгоцентрической реакцией на болезнь о его жалобах, тем в большей мере эти жалобы начинают обрастать новыми подробностями, иногда видоизменяться, а порой, при чересчур настойчивом расспросе, у больного по механизму самовнушения начинают появляться новые, психогенно обусловленные жалобы, запутывающие клиническую картину. Только сдержанно-спокойное, с соблюдением дистанции поведение врача может в данном случае способствовать снижению демонстративности у больного и коррекции его внутренней картины болезни.

Сенситивная реакция на болезнь, напротив, характеризуется боязнью пациента привлечь к себе внимание проявлениями своей болезни из-за страха негативной оценки, осуждения, насмешки со стороны окружающих. Такого больного преследуют опасения, что окружающие станут пренебрежительно относиться к нему из-за его болезни, распускать о ней сплетни. Нередко у больного присутствует боязнь стать обузой для близких и, тем самым, вызвать неблагоприятное отношение к нему с их стороны. Кроме того, характерна боязнь доставить лишние хлопоты врачу и медицинскому персоналу, что нередко влечет за собой сдержанность в предъявлении больным жалоб. Иногда больные с сенситивной реакцией на болезнь из-за своей застенчивости могут даже скрывать некоторые жалобы, что, в конце концов, может привести к развитию у них тех или иных осложнений, в том числе серьезных. Сенситивная реакция на болезнь может наблюдаться у астеников, психастеников, астеноподобных шизоидов, гипотимных циклоидов. Особенно часто она встречается при болезнях, о которых существует ложное представление как о «позорных» или «неприличных». Самое главное для врача при лечении такого пациента – это быть с ним максимально приветливым и доброжелательным, стараясь не допустить у больного ни малейшей мысли о негативном или пренебрежительном к нему отношении. Кроме того, в противополож-

ность тактике работы с эгоцентричным больным, здесь следует быть особенно внимательным и скупуплезным при расспросе жалоб у больного, порой буквально «вытягивать» их из него, чтобы не просмотреть какого-либо осложнения.

Следующий тип личностной реакции на болезнь – обсессивно - фобический. Данная реакция на болезнь напоминает тревожную, поскольку здесь потенциальные неприятности также волнуют больного больше, чем уже наступившие. Однако, в отличие от тревожной реакции, при обсессивно-фобической больной в большей степени опасается не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также маловероятных неудач в жизни в связи с болезнью. Иными словами, воображаемые опасности волнуют больного более, чем реальные. При этом сам он прекрасно осознает малую вероятность наступления тревожащих его событий, т.е. относится к своим опасениям критически, но, несмотря на это, никак не может от них избавиться. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы, т.е. повторяющиеся бессмысленные действия, которые больной выполняет, чтобы «ничего не случилось» и «все было хорошо». Обсессивно-фобическая реакция на болезнь характерна, в первую очередь, для людей с ананкастическим складом характера. Кроме того, она может встречаться у шизоидов и больных вялотекущей шизофренией. Работая с таким пациентом, врачу следует придерживаться следующих принципов психологического взаимодействия с ним. Во-первых, необходимо спокойно и корректно, не уставая, отвечать на все многочисленные тревожащие больного вопросы, какими бы нелепыми они не казались. При этом в своих ответах врачу нужно быть предельно точным и последовательным, поскольку малейшая неточность или непоследовательность тревожит таких больных. Кроме того, необходимо предоставить больному возможность выполнять его защитные ритуалы, при условии, конечно, что они безобидны и не будут мешать другим больным.

Одной из наиболее неблагоприятных личностных реакций на болезнь является анозогностическая реакция. Сам термин «анозогнозия» означает от-

рицание больным наличия у себя болезни. Для анозогнозической реакции на болезнь характерно активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях. При этом очевидные проявления болезни приписываются случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Больной с анозогнозической реакцией отказывается от обследования и лечения, выражая желание обойтись своими средствами. Как и апатия, анозогнозия в качестве реакции на болезнь может быть как истинной, так и защитной. Истинная анозогнозия может встречаться у людей с выраженным шизоидным характером, у больных с патологическими нарушениями мышления, а также у лиц, находящихся под влиянием маргинальных религиозных или мировоззренческих систем. Защитная анозогнозия может возникать у людей, имеющих выраженную склонность к механизму психологической защиты типа «отрицания», который чаще всего развит у лиц с выраженными истерическими чертами характера. В этом случае человек отрицает у себя болезнь потому, что в силу каких-то причин очень не хочет, чтобы она у него была. По причине высокой самовнушаемости такой человек может внушить себе, что то, чего ему очень не хочется (в том числе и болезнь), в действительности отсутствует. Таким образом, за такой анозогнозией стоит в действительности понимание больного, что болезнь у него есть, но сам он в этом себе не признается. Борьба с истинной анозогнозией очень тяжело. В этом случае врачу нужно постараться найти какие-нибудь дополнительные, напрямую не связанные с болезнью, но значимые для больного мотивы, чтобы все-таки заставить его лечиться. Если же это не подействует, остается рассчитывать на помощь родственников пациента. В случае защитной анозогнозии нужно попытаться вызвать больного на разговор о болезни, которую он у себя отрицает, и показать ему, почему эта болезнь для него так невыгодна, и что заставляет его отрицать ее у себя. Если это не поможет, следует действовать так же, как при истинной анозогнозии.

Еще одна личностная реакция на болезнь – эргопатическая. Данная реакция представляет собой «уход» от болезни в работу. Даже при тяжести бо-

лезни и страданиях больной старается во что бы то ни стало работу продолжать, порой трудится с еще большим рвением, чем до болезни. Если такой больной и соглашается обратиться к врачу, то старается лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы и не отрывало от нее. Естественно, что характерные для данной реакции перегрузка работой и недостаточно серьезное отношение к лечению осложняют течение болезни и ухудшают ее прогноз. Эргопатическая реакция на болезнь чаще всего возникает у людей с эпилептоидным складом характера, особенно у тех из них, для кого работа является главным смыслом жизни. Нередко эта реакция наблюдается у лиц, занимающих ответственные должности. Эргопатическая реакция, с одной стороны, отражает страх больного лишиться своей работы из-за болезни, а с другой, может скрывать под собой страх перед болезнью и иметь защитный характер. В последнем случае больной как бы говорит сам себе: «Пока я работаю, мне болеть некогда, а значит ничего плохого со мной не случится». Для коррекции подобной реакции на болезнь врачу следует в беседах с больным делать упор, прежде всего, на негативных последствиях его неправильного по отношению к своему здоровью поведения с точки зрения дальнейшей способности выполнять свою работу. Нужно заставить больного лечиться как следует под страхом потери столь важной для него работы.

Весьма неприятной и тяжелой для врача является паранойяльная реакция больного на болезнь. В этом случае больной считает свою болезнь результатом чьего-то злого умысла или недобросовестности. Его поведение отличают подозрительность и недоверие к медперсоналу. Больной с паранойяльной реакцией на болезнь не доверяет общепринятым методам лечения, порой изобретая собственные лечебные методы и придерживаясь их. Нередко таких больных отличает склонность к сутяжно-кверулянтскому поведению, т.е. стремление по малейшему поводу писать жалобы в различные инстанции или обращаться в суд. Подобная реакция на болезнь может встречаться у торпидных эпилептоидов (с преобладанием эмоциональной вязкости над возбуди-

мостью), у людей с сочетанием эпилептоидных и шизоидных черт, а также у больных шизофренией и эпилепсией. Лечение такого пациента требует от врача большой выдержки и такта. С подобным больным врач должен вести себя максимально доброжелательно и корректно. Нужно стараться давать исчерпывающие ответы на все вопросы пациента и предоставлять ему возможность лично проверить все, что вызывает у него подозрение (конечно, если такая проверка не опасна для него или других пациентов, а также, если она не нарушает работу лечебного учреждения). В случае же, если действия пациента (например, применяемые им методы самолечения) опасны для него или других больных, либо дезорганизуют работу лечебного учреждения, их необходимо корректно, но твердо пресекать, всегда строго согласуя свои действия с действующими нормативными документами, а также нормами медицинской этики. Все-таки доброжелательное и корректное поведение врача позволяет в большинстве случаев снизить подозрительность таких больных, избежать конфликта и установить с ними сотрудничество в лечебных целях.

Наконец, последняя из рассматриваемых личностных реакций на болезнь – дисфорическая реакция. Курация больных с данной реакцией для врача также представляет значительную сложность. Таких больных отличает напряженно-злое настроение, они грубо ведут себя по отношению к медицинскому персоналу. Часто у больных с дисфорической реакцией на болезнь отмечается зависть и ненависть к здоровым людям, а иногда даже стремление намеренно навредить им. Подобная реакция на болезнь обычно возникает при тяжелых заболеваниях, возможно имеющих неблагоприятный прогноз, и больной своим поведением как бы демонстрирует, насколько несправедливо, что он тяжело болеет, а другие люди при этом могут счастливо жить и радоваться жизни. Нередко дисфорическая реакция сопровождается склонностью к алкоголизации, поскольку больные с помощью алкоголя стремятся уменьшить свое душевное напряжение. Дисфорическая реакция на болезнь чаще всего отмечается у эксплозивных эпилептоидов (у которых

возбудимость преобладает над эмоциональной вязкостью), у больных эпилепсией и людей с резидуально-органическим поражением головного мозга. Данная реакция существенно затрудняет терапевтический контакт с больным и потому нуждается в коррекции. Главная установка, которую должен принять врач, работая с таким больным, – не принимать его грубость на свой счет. Необходимо понять, что грубость больного – это форма его протеста против несправедливости судьбы, и если она оказывается направленной на врача, то врач как человек тут абсолютно не причем. При общении с таким больным нужно уметь сохранять душевное равновесие и ни в коем случае не позволять себе отвечать грубостью на его грубость. При удобном случае можно попытаться вызвать такого больного на разговор о его переживаниях, связанных с болезнью, и если откровенный разговор получится, это может снизить уровень агрессивности пациента.

## **Лекция 6**

### **Психология неврозов**

#### **6.1. Определение невроза. Клинические проявления неврозов**

Неврозы – это группа психогенных функциональных нервно - психических заболеваний, которые проявляются преимущественно эмоциональными и вегетативными нарушениями при отсутствии психотических явлений (бред, галлюцинаций и т.п.). Неврозы принято относить к группе так называемых пограничных психических расстройств, т.е. расстройств наиболее легких, стоящих на границе здоровья и болезни. Неврозы являются весьма распространенной формой патологии. Правда, конкретные данные об их частоте в населении отличаются противоречивостью, что связано с трудностями выявления и учета неврозов. Так, по данным разных литературных источников, неврозами страдает от 1 до 10% всего населения. Следует отметить, что для медицинской психологии неврозы являются особенно значимой группой заболеваний, поскольку психологические факторы в их происхождении и тече-

нии играют очень большую, пожалуй, даже решающую роль. При этом во всей медицине, по-видимому, нет второй такой группы заболеваний, для которой значение психологических факторов было бы столь велико. По этой причине проблеме психологии неврозов мы посвящаем отдельную лекцию.

Однако прежде чем начать говорить о психологии неврозов, имеет смысл кратко напомнить их клинику. Известно, что неврозы могут протекать в различных клинических формах. При этом общепризнанными являются три основные клинические формы неврозов: астенический невроз (неврастения), истерический невроз (истерия) и невроз навязчивых состояний (обсессивно-фобический невроз). Рассмотрим по порядку основные проявления каждой из этих клинических форм.

Неврастения, как понятно из ее названия, проявляется, главным образом, астеническим синдромом. Больного при этом беспокоят физическая утомляемость, психическая истощаемость, сонливость, головные боли. Отмечается вегетативная лабильность, проявляющаяся перепадами артериального давления, синусовой аритмией, неустойчивым аппетитом, диспептическими расстройствами, потливостью и другими подобными явлениями. Характерной является также общая гиперестезия, состоящая в обостренной чувствительности больного к внешним раздражителям, в том числе и к таким, которые в норме являются подпороговыми (прикосновение к телу одежды, тиканье часов на руке, биение собственного сердца и т.д.). Появляется истощаемая раздражительность: больной легко выходит из себя по незначительному поводу, но раздражение быстро проходит, сменяясь утомлением, слезами, чувством вины за то, что не смог «удержать себя в руках». Сон у таких больных поверхностный, зачастую прерывистый, иногда с кошмарными сновидениями. В течении неврастении выделяют две стадии, последовательно сменяющих друг друга: гиперстеническую и гипостеническую. В первой стадии у больного преобладает несдержанность, раздражительность. Во второй же, когда ресурсы психики больного окончательно истощаются, на первый план выходят слабость, вялость и утомляемость. Однако на обеих стадиях у больного

присутствуют и все остальные из вышеописанных проявлений неврастении, будучи представлены в клинической картине с разной степенью выраженности.

Вторая из перечисленных форм неврозов – истерический невроз – проявляется разнообразными функциональными соматическими и неврологическими расстройствами. Наиболее типичными для данного невроза являются следующие из них: парезы и параличи; локальные нарушения чувствительности по типу гипестезии, гиперестезии, анестезии или парестезий; гиперкинезы отдельных частей тела; афония (потеря голоса, позволяющая говорить только шепотом); ком в горле, мешающий глотать; сужение полей зрения вплоть до полной слепоты; тугоухость вплоть до полной глухоты; боли различной локализации (нередко изменчивые по характеру и мигрирующие); астазия-абазия (неспособность стоять и ходить при сохранности силы и активных движений в ногах); припадки, напоминающие большие судорожные эпилептические припадки; инспираторная одышка; тошнота и рвота; упорная икота. Описанные расстройства, возникая у больного по механизму бессознательного самовнушения, отличаются рядом характерных особенностей, позволяющих отличать их от проявлений истинных соматических заболеваний. Во-первых, истерические симптомы характеризуются нестойкостью и изменчивостью. Во-вторых, в своих клинических деталях они отличаются от симптомов того соматического заболевания, которое имитируют. Например, истерический паралич не сопровождается характерными для настоящего паралича нарушениями сухожильных рефлексов; истерическая анестезия не соответствует анатомическим зонам иннервации; при истерической слепоте сохраняется реакция зрачков на свет и т.д. В третьих, при истерических расстройствах не удастся обнаружить признаков (в том числе, лабораторно-инструментальных) органических изменений того органа, функция которого нарушена, либо эти органические изменения не настолько выражены, чтобы вызвать имеющиеся у больного симптомы. Наконец, в-четвертых, истерические расстройства по своим проявлениям, как правило, соответствуют пред-

ставлениям самого больного о том или ином соматическом заболевании (по этой причине труднее всего дифференцировать истерические и истинные соматические расстройства у врачей).

Невроз навязчивых состояний проявляется разнообразными навязчивостями. Навязчивостями называют любые психические акты (представления, воспоминания, мысли, эмоции, желания, движения, целенаправленные действия и т.д.), возникающие у человека помимо его воли и навязчиво преследующие его. Иными словами, человек вынужден думать, чувствовать или делать то, что ему не хочется. При этом сам больной, страдающий навязчивостями, всегда относится к ним с критикой, т.е. осознает их неправильный, нелепый характер, их ненужность. Он старается бороться со своими навязчивостями, пытается отгонять или преодолевать их. Однако в этой борьбе больной неизменно проигрывает и навязчивости все равно берут над ним верх, так что справиться с ними простым усилием воли больному не удастся.

Навязчивости подразделяются на несколько разновидностей: фобии, обсессии, компульсии и ритуалы. Фобии – это навязчивые страхи. Возникают они в строго определенных ситуациях и сопровождаются выраженными вегетативными проявлениями. При этом каждая фобия «привязана» к своей специфической пусковой ситуации. Например, агорафобия (страх открытых пространств) возникает тогда, когда больной выходит один из дома, при этом страх становится тем интенсивнее, чем дальше больной отходит от дома. Клаустрофобия (страх закрытых пространств) возникает при нахождении больного в тесном помещении, которое невозможно быстро покинуть по первому желанию, например, в лифте или переполненном салоне общественного транспорта. Акрофобия (навязчивый страх высоты) возникает в местах, где есть хотя бы минимальная, даже чисто теоретическая опасность падения с высоты, например, когда больной выходит на балкон. При этом сам больной, страдающий фобиями, прекрасно осознает их преувеличенный характер, и пока он не окажется непосредственно в фобической ситуации, может вполне здраво оценивать эту ситуацию и осознавать ее безопасность.

Обсессиями называют навязчивые мысли. В отличие от фобий, они возникают у больного независимо от внешней ситуации, преследуя его постоянно, в любое время и в любом месте. По своему содержанию обсессии могут быть нейтральными, не имеющими отношения непосредственно к самому больному (например, навязчивые рассуждения на абстрактные темы или навязчивый счет), и эмоционально насыщенными. К числу последних относятся так называемые контрастные навязчивости, когда навязчивые мысли прямо противоположны истинным личностным установкам больного и потому крайне тягостны для него, порой даже пугают его (например, хульные мысли о Боге у глубоко верующего человека).

Следующий вид навязчивостей – компульсии. Это навязчивые желания выполнить то или иное действие, которое с точки зрения самого больного явно нелепо или даже опасно, например, во время разговора потрогать собеседника за нос или, стоя на трамвайной остановке, подставить ногу под проезжающий трамвай и т.д. В некоторых случаях компульсии также могут носить контрастный характер, например, у матери, горячо любящей своего ребенка, вдруг появляется желание ударить его ножом. Следует отметить, что компульсии явно асоциального или опасного характера, а также противоречащие морально-этическим установкам больного, никогда не выполняются, но приносят страдающему ими человеку немало душевных мук, поскольку он испытывает постоянный страх, что может как-нибудь случайно потерять над собой контроль и невольно выполнить то действие, к которому склоняет его компульсия.

Наконец, ритуалы – это более или менее сложные целенаправленные навязчивые действия, которые больной вынужден выполнять, чтобы снизить у себя внутреннюю тревогу («чтобы все было хорошо»). Действия эти для самого больного очевидно нелепы и бессмысленны, но отказ от их выполнения влечет за собой резкое усиление тревоги. Ритуалы могут сопровождать любые, самые обыденные действия больного. Например, чтобы лечь спать он должен выполнить определенный ритуал, несколько раз дотронувшись рукой

до пола рядом с кроватью, положив подушку в строго определенное положение, определенным образом откинув одеяло и т.д. При этом если на каком-то из этапов этого ритуала возникнет сбой или заминка, больной вынужден начать весь ритуал с начала. Если ритуалов становится много, они серьезно осложняют жизнь больному, поскольку отнимают у него много времени и затрудняют выполнение самых простых повседневных дел. Следует отметить, что ритуалы могут быть как самостоятельной навязчивостью, так и носить вторичный характер, сопровождая фобии или компульсии и выполняясь для того, чтобы уменьшить имеющийся при них страх.

Итак, при обсессивно-фобическом неврозе могут встречаться все выше-описанные варианты навязчивостей. Необходимо, однако, указать, что у каждого конкретного больного данным неврозом обычно присутствуют либо преимущественно навязчивые страхи, либо преимущественно навязчивые мысли, в связи с чем в последние годы невроз навязчивых состояний стали подразделять на два варианта, которые многие авторы рассматривают даже как два самостоятельных невроза. Первый вариант носит название фобического невроза и проявляется, главным образом, навязчивыми страхами, в то время как второй называется обсессивно-компульсивным неврозом и проявляется преимущественно навязчивыми мыслями и желаниями. Что же касается ритуалов, то они могут иметь место при обоих указанных вариантах данного невроза.

## **6.2. Особенности неврозов как психогенных заболеваний. Роль механизмов психологической защиты при неврозах**

Далее обратимся к психологии неврозов. Как следует из определения, данного в начале этой лекции, неврозы относятся к числу психогенных заболеваний, т.е. вызываются действием психической травмы – тягостного для человека жизненного события. Однако в качестве психогенных заболеваний неврозы характеризуются рядом особенностей, отличающих их от других заболеваний данной группы. Первая из этих особенностей состоит в том, что

невроты вызываются психическими травмами не тяжелыми, но хроническими. Иными словами, основным повреждающим фактором психотравмы, вызывающей неврот, является не столько ее тяжесть, сколько длительность, достигающая обычно нескольких месяцев или лет. В нашей сегодняшней жизни наиболее распространенными психотравмирующими ситуациями, приводящими к невроту, являются хронические конфликты в семье или на работе.

Вторая особенность невротозов как психогенных заболеваний состоит в том, что больной невротом, в отличие от больных другими психогенными заболеваниями, не осознает связи между своей болезнью и вызвавшей ее психотравмирующей ситуацией. На вопрос о том, с чем он сам связывает свою болезнь, человек, страдающий невротом, либо не может ответить ничего, либо приводит лишь кажущуюся причину своей болезни, которая в действительности не имеет к ней прямого отношения. Причина такого непонимания больным связи между его болезнью и вызвавшей ее психотравмирующей ситуацией, согласно современным представлениям, состоит в действии так называемых механизмов психологической защиты личности. Далее мы подробнее остановимся на этом понятии.

Механизмами психологической защиты называются бессознательные приемы, с помощью которых наша психика уменьшает интенсивность отрицательных эмоций, связанных с теми или иными обстоятельствами нашей жизни, а также поддерживает нашу самооценку. Современной психологии известно множество различных механизмов психологической защиты. Мы в нашей лекции остановимся на наиболее распространенных из них, к числу которых относятся следующие: вытеснение, отрицание, регрессия, проекция, рационализация, интеллектуализация, компенсация, замещение.

Вытеснением называется способность человека забывать ту информацию, которая ему неприятна. Это наиболее элементарный механизм психологической защиты, являющийся составной частью многих более сложных из них. Отрицание – склонность человека не верить той информации, которая для него неприятна или неудобна (в том числе, склонность не видеть своих

собственных проблем). Регрессия – склонность в тяжелых, психотравмирующих обстоятельствах возвращаться к более ранним в возрастном аспекте формам поведения, так сказать, «впадать в детство». Примером наиболее легкой, частичной регрессии является склонность некоторых людей при волнении грызть ногти или сосать палец. Примером наиболее тяжелой, психотической регрессии является синдром пуэрилизма, встречающийся в рамках истерических психозов, при котором взрослый человек начинает вести себя как маленький ребенок: говорит детским голосом, демонстрирует свою беспомощность, играет игрушками, даже пишет детским почерком.

Проекцией называется склонность приписывать окружающим собственные проблемы или недостатки. Рационализация – поиск оправданий для тех или иных своих проблем, недостатков или неправильного поведения, подведение под них какой-то рациональной базы. Интеллектуализация состоит в склонности в тяжелые моменты жизни уходить в рассуждения, так сказать, топить в них эмоции, тем самым уменьшая выраженность последних, подменять эмоциональное переживание ситуации ее логическим анализом. Механизм компенсации состоит в замене какой-либо неудовлетворенной потребности удовлетворением другой потребности (классический пример – «заедание» стресса). Замещение (смещение) – это отреагирование какой-либо эмоции, адресованной одному объекту, на другом, более удобном объекте (пример: «срывать гнев» на ком-то или чем-то). В качестве разновидности замещения можно рассматривать так называемую сублимацию, сущность которой состоит в реализации простых физиологических влечений (например, сексуальных или агрессивных) в социально одобряемые формы деятельности (например, творчество или спорт). В качестве классического примера сублимации можно привести склонность многих влюбленных писать стихи.

Говоря о механизмах психологической защиты, следует особо подчеркнуть их бессознательный характер. То есть сам человек не осознает, как работают его механизмы психологической защиты, не замечает их работы, и лишь специальные психотерапевтические методы могут помочь ему осознать

их. Формируются механизмы психологической защиты, начиная с раннего детства. При этом у каждого человека имеются свои излюбленные механизмы психологической защиты, которые он склонен использовать чаще других. В значительной степени склонность к тем или иным из них определяется характером человека. Так, отрицание и регрессия особенно характерны для истериков, рационализация и проекция – для эпилептоидов, компенсация – для циклоидов, интеллектуализация – для психастеников, замещение – для астенников, а сублимация – для шизоидов. В то же время, наряду с характером, на формирование механизмов психологической защиты в значительной мере оказывает влияние родительский пример, т.е. ребенок бессознательно копирует те механизмы психологической защиты, которые он наблюдает в поведении своих родителей, и в дальнейшем они закрепляются у него на всю последующую жизнь. Поэтому в жизни излюбленные механизмы психологической защиты человека не всегда соответствуют его характеру.

Как уже отмечалось, механизмы психологической защиты есть у каждого человека, это часть здоровой психики. Они выполняют в нашей психике очень важную функцию, предохраняя нас от перегрузки негативными эмоциями и, тем самым, защищая от депрессии. В то же время, степень выраженности механизмов психологической защиты у разных людей неодинакова. Если механизмы психологической защиты у человека выражены очень сильно, то, с одной стороны, он хорошо защищен от стрессов, но, с другой, представления о собственной реальной жизненной ситуации у него искажены, поскольку механизмы психологической защиты в той или иной мере меняют у человека осознание реальности. Такое искажение не всегда полезно, поскольку в некоторых случаях не способствует активным действиям человека по устранению тех или иных проблем, которых вследствие работы механизмов психологической защиты он попросту не видит.

### **6.3. Понятие невротического конфликта и его классификация**

Роль механизмов психологической защиты при неврозах, как уже указывалось, состоит в том, чтобы скрывать от больного связь между его болезнью и той психотравмирующей ситуацией, которая явилась ее причиной. Необходимость в сокрытии этой связи обусловлена субъективной неразрешимостью для больного данной психотравмирующей ситуации. Неразрешимость же эта обусловлена не столько объективной тяжестью ситуации, сколько противоречивостью отношения к ней самого больного. Такое противоречивое отношение человека к той или иной жизненной ситуации получило в психологии название внутриличностного конфликта.

Внутриличностный конфликт – это столкновение между собственными желаниями, стремлениями и отношениями индивида. Внутриличностный конфликт, лежащий в основе невроза, называется невротическим. От других разновидностей внутриличностного конфликта невротический конфликт отличается рядом особенностей. Во-первых, он разворачивается в сфере наиболее значимых жизненных отношений индивида, носит, если можно так выразиться, судьбоносный характер (например, заключать брак или нет, сохранять семью или разводиться, оставаться на работе или уходить с нее, рожать ребенка или нет и т.д. и т.п.). Во-вторых, невротический конфликт всегда субъективно трудноразрешим, поскольку задействованные в нем противоборствующие установки человека имеют примерно одинаковую силу. И, наконец, невротический конфликт всегда не осознается больным, т.е. является бессознательным. Последнее условие абсолютно необходимо для формирования невроза. В противном случае, т.е. если внутриличностный конфликт осознается, это может привести человека к депрессии или суицидальному поведению, но не к неврозу.

Впервые понятие невротического конфликта ввел в науку выдающийся австрийский психотерапевт Зигмунд Фрейд. Однако Фрейд рассматривал невротический конфликт очень узко, полагая, что он может разворачиваться только в сфере сексуальных влечений индивида. Такой вывод вытекал из личного терапевтического опыта Фрейда. Однако со времен Фрейда пред-

ставления о невротических конфликтах претерпели серьезные изменения, невротический конфликт стал пониматься значительно шире. Многие исследователи создали свои теории и классификации невротических конфликтов. В нашей стране наиболее признанной является классификация невротических конфликтов, разработанная выдающимся отечественным психотерапевтом и психологом Владимиром Николаевичем Мясищевым.

Мясищев выделил четыре типа невротических конфликтов: неврастенический, истерический, обсессивно-психастенический и смешанный. Неврастенический конфликт по Мясищеву – это конфликт между требованиями личности к себе и ее возможностями. Кратко его можно выразить формулой: «Должен, но не могу». Данный тип невротического конфликта характерен для неврастении. Истерический конфликт – это конфликт между притязаниями личности и ее нежеланием считаться с условиями реальности. Кратко его можно выразить формулой: «Хочу, но не дают». Данный тип конфликта характерен для истерии. Обсессивно-психастенический конфликт – это конфликт между желаниями человека и его долгом. Данный конфликт обычно разворачивается в морально-этической сфере и может быть выражен формулами: «Хочу, но не должен» или «Должен, но не хочу». Наконец, смешанный конфликт одновременно содержит в себе элементы двух или трех выше-названных конфликтов.

Формированию у человека определенного типа невротического конфликта способствует соответствующий ему стиль воспитания. Так, формированию неврастенического конфликта способствует воспитание в духе завышенных ожиданий от ребенка, когда родители ждут от ребенка, что он будет безупречен в той или иной сфере своей жизни (например, должен учиться обязательно на одни «пятерки»), а то и во всех сферах сразу, либо что он добьется успеха в той области, какую уготовили для него родители, а не в той, к которой тяготеет он сам (например, обязательно должен стать выдающимся врачом). С годами такие родительские ожидания превращаются в собственные личностные установки человека, и если его реальные способности не со-

ответствуют этим установкам, у него может сформироваться неврастенический конфликт.

Формированию истерического типа невротического конфликта способствует воспитание в стиле «кумир семьи», когда ребенка чрезмерно балуют, неоправданно много им восхищаются, освобождают его от любой ответственности, с малых лет внушают ему, что он самый лучший и достоин особого места в жизни. Когда такой ребенок вырастает и сталкивается с жесткими требованиями реальности, он оказывается не готов к ним, что может послужить причиной формирования у него истерического конфликта.

Обсессивно-психастенический конфликт формируется вследствие воспитания в духе слишком жестких моральных запретов и ограничений, не соответствующих установкам современного общества. С годами жесткие родительские запреты начинают восприниматься человеком как собственные моральные принципы. Но если эти принципы резко отличаются своей жесткостью от господствующих в обществе установок, то, в конечном счете, у человека могут возникнуть желания, противоречащие этим принципам, что может привести к формированию у него обсессивно-психастенического конфликта.

#### **6.4. Формирование невротических симптомов**

Последнее звено психологии неврозов, которое мы рассмотрим в этой лекции, касается механизма формирования самих невротических симптомов. Бессознательный внутриличностный конфликт, лежащий в основе невроза, становится источником постоянного внутреннего напряжения в психике больного. Это напряжение субъективно воспринимается больным как чувство беспричинной и беспредметной тревоги (поскольку, как уже отмечалось, причин ее больной не осознает вследствие действия механизмов психологической защиты). Однако такая беспредметная, так называемая «свободноплавающая» тревога крайне тягостна для больного, и его психика стремится так или иначе переработать ее, тем самым сделав более переносимой. Благодаря такой переработке и возникают невротические симптомы, которые,

таким образом, выполняют для больного защитную функцию, избавляя его от необходимости жить в постоянной тревоге.

Переработка «свободноплавающей» невротической тревоги может идти по нескольким путям. В одних случаях просто снижается общий уровень психической энергии, что приводит к уменьшению интенсивности тревоги, но, одновременно, и к ослаблению всех психических процессов. Это механизм формирования невротической астении. В других случаях тревога конкретизируется, т.е. привязывается к строго определенным ситуациям, достигая в этих ситуациях крайней интенсивности, но зато полностью исчезая во всех остальных ситуациях. Это механизм формирования фобий. В третьих случаях тревога вытесняется из сознания, и породившее ее внутреннее напряжение связывается, уходя на формирование того или иного функционального соматического нарушения. Это механизм формирования истерических соматоневрологических симптомов. Наконец, в четвертых случаях тревога может смещаться на какие-то другие объекты или представления, не имеющие прямого отношения к психотравмирующей ситуации, делая их предметом постоянных бессмысленных переживаний больного. Это механизм формирования obsessions и compulsions.

Необходимо отметить, что путь, по которому пойдет переработка невротической тревоги у конкретного человека, во многом определяется его характером. По этой причине определенные формы неврозов наблюдаются у людей с определенными типами характера. Так, неврастения может возникать у астеников, психастеников, а также у некоторых эпилептоидов, в первую очередь у тех из них, у которых в характере есть астенические «включения». Истерический невроз характерен для лиц с истерическим характером, но может встречаться также и у представителей других типов характера, у которых эмоциональность преобладает над мыслительностью: циклоидов, неустойчивых, части астеников. Фобический невроз чаще всего наблюдается у циклоидов, реже – у истериков. Наконец, obsessional-compulsive невроз характерен для характерологических типов мысли-

тельного склада: ананкастов, психастеников и шизоидов. Описанная связь между формой невроза и складом характера настолько устойчива, что явные отклонения от нее (например, возникновение истерических симптомов у психастеника или обсессивно-компульсивных у истерика) заставляет подозревать у человека не невроз, а какое-то более тяжелое психическое расстройство, например, неврозоподобную шизофрению.

Следует также отметить, что защитная роль невротических симптомов для больного состоит не только в том, что эти симптомы уменьшают «свободноплавающую» тревогу. Самим своим существованием симптомы невроза формируют у невротика представление о себе как о больном, создают ему, так сказать, «законный статус» больного. Тем самым невротик получает моральное право болеть и бессознательно как бы освобождает себя от необходимости разрешать внутриличностный конфликт, лежащий в основе его невроза. Этот механизм в психологии получил название «бегство в болезнь». В той или иной мере его можно обнаружить при всех формах неврозов. Однако не стоит путать данный механизм с обычной симуляцией, поскольку при неврозе он действует бессознательно. Между прочим, защитный характер невротических симптомов, о котором говорилось выше, приводит к тому, что больной бессознательно «держится» за свой невроз, поскольку, лишившись его, вновь останется один на один с вызвавшими его жизненными проблемами. По этой причине любой больной неврозом бессознательно сопротивляется любым попыткам лечения, хотя сам и не отдает себе в этом отчета. Данное явление – сопротивление лечению – врачу всегда приходится учитывать в процессе терапии больного неврозом.

Конкретные проявления невротических симптомов у определенного больного также не случайны. Во-первых, симптомы невроза обычно возникают там, где у больного уже прежде была какая-то функциональная слабость. Например, истерические симптомы часто появляются в тех органах или системах, которые ранее уже были поражены каким-то другим патологическим процессом (перенесенным воспалением, травмой и т.д.), а фобии не-

редко формируются на почве имевшихся ранее у человека детских страхов. Кроме того, по мнению ряда авторов, хотя и разделяемому не всеми исследователями, симптомы невроза символически выражают отношение больного к вызвавшей невроз психотравмирующей ситуации. Особенно характерно это для истерического невроза, где определенные симптомы даже имеют соответствующие им идиоматические обороты в нашем языке. Например, истерической слепоте соответствует выражение «глаза бы мои этого не видели», истерической глухоте – «уши бы мои этого не слышали», астазии-абазии – «меня туда ноги не несут», истерической одышке – «в этой обстановке я задыхаюсь», истерическому параличу – «у меня рука не поднимается это сделать» и т.д.

Завершая разговор о психологии неврозов, необходимо упомянуть о важном следствии, вытекающем из всего, сказанного в этой лекции. Поскольку в основе невроза лежит бессознательный внутриличностный конфликт, по-настоящему этиологическим лечением невроза может быть только психотерапия (т.е. лечение психологическими методами), направленная на осознание и разрешение этого конфликта. Только разрешив лежащий в основе своего невроза конфликт, пациент полностью устранит причину своей болезни, помочь же ему в этом может только психотерапия. Все остальные методы лечения (лекарственные, физиотерапевтические и т.д.) способны уменьшить у пациента тревогу, снизить уровень психоэмоционального напряжения, но не могут повлиять на сам внутриличностный конфликт, составляющий корень невроза. Поэтому данные методы в лечении невроза играют лишь дополнительную роль, имея, в основном, симптоматическую направленность.

## Лекция 7

## Психосоматика

### 7.1. Определение, предмет и история психосоматики

Психосоматика – это раздел медицинской психологии, изучающий взаимосвязи между психическими и соматическими процессами в организме и роль этих взаимосвязей в происхождении и течении различных заболеваний. Основным предметом психосоматики являются психосоматические расстройства, т.е. расстройства телесных функций, обусловленные действием психогенных факторов. Психосоматические расстройства могут быть весьма разнообразны, о чем речь пойдет ниже. Сталкиваясь с ними в своей практике приходится почти любому врачу.

Сам термин «психосоматика» впервые ввел в употребление в начале XIX века известный немецкий психиатр и психолог, один из главных представителей научной школы «психиков» Иоганн Гейнрот. Взгляды «психиков» характеризовались тем, что в качестве первопричины любых болезней (в том числе соматических) они рассматривали психологические факторы. Такой подход, безусловно, отличался определенной односторонностью. Однако взгляды самого Гейнрота были еще более радикальны. Он считал, что любое заболевание человека является результатом его аморального образа жизни. Поэтому и в качестве лечения Гейнрот пропагандировал разнообразные «исправительные» методики, нередко носившие характер наказания пациента, направленные на то, чтобы принудить его отказаться от «безнравственных установок» и наставить «на путь истинный». Безусловно, современная наука далеко отошла от взглядов Гейнрота, однако предложенный им термин «психосоматика» прижился, а соответствующая ему область науки и практики получила дальнейшее развитие.

Важной страницей в истории психосоматики стало открытие в конце XIX века выдающимся австрийским психотерапевтом и психологом Зигмундом Фрейдом явления истерической конверсии. Под конверсией Фрейд понимал процесс направления энергии бессознательных эмоциональных пере-

живаний человека на путь формирования истерических соматоневрологических расстройств. Фрейд не просто констатировал существование данного явления, но и разработал метод психотерапии конверсионных симптомов, показав возможность их устранения одними только психологическими средствами. Тем самым он доказал реальность явления конверсии, впервые на практике раскрыв один из механизмов психосоматических взаимодействий.

Ученик Фрейда, другой известный австрийский психотерапевт Альфред Адлер, развивая взгляды своего учителя, предположил, что не только истерические симптомы, но и настоящие соматические заболевания также могут иметь конверсионную природу. Адлер выдвинул концепцию «конверсии на орган», согласно которой симптомы различных соматических заболеваний представляют собой «символический язык внутренних органов», отражающий отношение человека к вызвавшей болезнь психотравмирующей ситуации. Например, гастрит или язвенная болезнь – это как бы сообщение человека, что он не может «переварить» существующую ситуацию, выраженное на таком символическом языке. Очевидно, что Адлер в своей теории приблизился к давно устаревшей позиции «психиков», и его взгляды представляют собой ответвление в развитии психосоматики, не получившее дальнейшего продолжения. В то же время, своими работами Адлер способствовал появлению у других исследователей интереса к проблемам психосоматических взаимоотношений, тем самым, стимулируя дальнейшее развитие данной области науки.

Близкие к психоаналитическим взгляды на природу психосоматических расстройств высказывал австрийский врач Макс Шур (личный врач З. Фрейда). Его модель получила название теории десоматизации-ресоматизации. Шур указывал, что грудной ребенок, вследствие того, что психика у него еще не развита, на любые психотравмирующие воздействия отвечает соматическими реакциями. Взрослея, человек постепенно отходит от такого чисто соматического реагирования, заменяя его более тонкими и сложными психологическими реакциями. Этот процесс Шур назвал десоматизацией. Но, по

мнению Шура, у некоторых людей в тяжелой психотравмирующей ситуации вновь происходит регресс к детскому соматическому реагированию. Такой процесс, обратный десоматизации, Шур назвал ресоматизацией и считал, что именно он лежит в основе психосоматических расстройств. В то же время, давая описание процесса ресоматизации, концепция Шура не дает определенного ответа на вопрос, почему этот процесс возникает только у некоторых людей. Ничего не говорит данная концепция и о физиологических механизмах психосоматических взаимосвязей.

Еще одна психосоматическая концепция, заслуживающая внимания, – это теория французского психиатра Анри Барюка, выдвинутая им в первой половине XX века и названная теорией психосоматического балансирования. Барюк заметил, что соматические и психические проявления заболевания обычно находятся в обратно пропорциональной зависимости: чем сильнее выражены одни, тем слабее проявляются другие. Например, появление психотического состояния при инсульте указывает на относительную легкость повреждения мозга и благоприятный для жизни прогноз. Или, наоборот, чем интенсивнее выражены вегетосоматические проявления депрессии, тем менее заметными становятся ее эмоциональные признаки. Получается, что энергия болезни как бы перетекает из психики в соматику и обратно, «балансирует» между ними. В нашей стране активным сторонником данной концепции был известный психиатр Евгений Константинович Краснушкин, считавший психосоматическое балансирование всеобщим законом, определяющим отношения между соматической и психической сферами организма. В то же время, несмотря на то, что явление психосоматического балансирования представляет собой клиническую реальность, убедительного объяснения ему до сих пор не найдено.

В нашей стране, начиная с 30-х и вплоть до 80-х годов XX века в области психосоматики безраздельно господствовала кортико-висцеральная теория Быкова-Курцина, основанная на учении о высшей нервной деятельности И.П.Павлова. Согласно этой теории, в основе психосоматических рас-

стройств всегда лежит нарушение корковой регуляции работы внутренних органов вследствие перенапряжения силы возбуждательного и тормозного процессов в коре головного мозга. Кортико-висцеральная теория действительно имела в себе немало прогрессивного и до определенного времени вполне удовлетворяла имеющимся практическим запросам в области психосоматики в нашей стране. Однако со временем все ярче стали проявляться ее недостатки. Во-первых, данная теория признавала лишь один механизм психосоматических взаимосвязей – нейро-висцеральный, игнорируя другие возможные механизмы (эндокринный, иммунный, микроциркуляторный). Во-вторых, даже на уровне самой нервной системы она отдавала абсолютное предпочтение роли коры в нарушении регуляции внутренних органов, недооценивая роль в этом процессе подкорковых структур. Наконец, кортико-висцеральная теория практически не рассматривала роль личностных факторов в происхождении психосоматических расстройств. Тем не менее, создателями кортико-висцеральной теории был впервые подробно изучен один из возможных механизмов психосоматических взаимоотношений, и, тем самым, внесен большой вклад в формирование современной теории психосоматики.

Большое значение для развития психосоматики имели работы выдающегося канадского физиолога Ганса Селье. Заслуга Селье состоит в том, что он впервые описал гормональные механизмы психосоматических взаимодействий в процессе так называемой стресс-реакции, показав, что эти взаимодействия могут быть как нормальными, так и приводящими к патологии. Таким образом, наряду с нейро-висцеральным, был открыт еще один патогенетический механизм психосоматических расстройств.

Первую обобщенную психосоматическую теорию выдвинул в середине XX века выдающийся американский психиатр и психолог Франц Александер, по праву считающийся отцом современной психосоматики. По своим взглядам Александер был последователем Фрейда, и потому в основу своих теоретических построений положил фрейдовский психоанализ. Однако, в отличие от Адлера, Александер не распространял фрейдовское понятие конверсии на

соматические заболевания, рассматривая патогенез психосоматических расстройств с более материалистических позиций. Основное значение в психосоматических взаимодействиях, в том числе и в патогенезе психосоматических расстройств, Александер придавал вегетативной нервной системе. Роль же психологических процессов в патогенезе психосоматозов, по мысли Александера, состоит лишь в том, что они вызывают гиперстимуляцию того или иного отдела вегетативной нервной системы. При этом основной причиной психосоматических расстройств на психологическом уровне Александер считал внутриличностный конфликт, рассматриваемый им с позиций психоанализа Фрейда. По мнению Александера, характер внутриличностного конфликта у конкретного больного напрямую влияет на то, какую именно форму примет у него психосоматическое расстройство, т.е. определенному типу конфликта соответствует определенная форма психосоматического расстройства. По этой причине концепция Александера получила название «концепции специфического конфликта».

Современница Александера, американский психолог Фландерс Данбар, придерживалась несколько иных взглядов на психологию психосоматических расстройств. Она считала, что конкретная форма психосоматического расстройства зависит не столько от типа внутриличностного конфликта, сколько от особенностей личности больного. По мнению Данбар, каждой форме психосоматического расстройства соответствует свой характерный тип личности, в связи с чем, ее концепция получила название «концепции профиля личности». В своих работах Данбар дала подробное описание различных психосоматических типов личности. Нужно отметить, что концепции Александера и Данбар самими их авторами рассматривались как прямо противоположные. Однако дальнейшее развитие психосоматики показало, что они во многом дополняют друг друга, и каждая из этих концепций нашла свое место в современных психосоматических теориях.

Наконец, еще одна страница в истории мировой психосоматики связана с именем американского психолога греческого происхождения Питера Сиф-

неоса. Сифнеос в начале 70-х годов XX века открыл важное свойство личности больных психосоматическими расстройствами, состоящее в том, что у них снижена способность к осознанию собственных эмоций. Сифнеос обозначил это личностное свойство термином «алекситимия». По его мнению, высокий уровень алекситимии является важным фактором риска психосоматических расстройств. И хотя точку зрения Сифнеоса сегодня разделяют не все исследователи, введенное им понятие «алекситимия» заняло прочное место не только в психосоматике, но и в других разделах психологии.

Завершая экскурс в историю психосоматики, следует отметить, что единой стройной теории происхождения психосоматических расстройств не существует до сих пор. Психосоматика остается активно развивающейся областью как медицины, так и психологии, в которой сохраняется пока немало «белых пятен».

## **7.2. Классификация психосоматических расстройств**

На современном этапе развития психосоматики все психосоматические расстройства принято подразделять на три группы: конверсионные расстройства, соматизированные расстройства и психосоматические заболевания. Под конверсионными расстройствами подразумеваются функциональные соматические и неврологические нарушения, возникающие по механизму бессознательного самовнушения. Таким образом, понятие «конверсионные расстройства» в основном совпадает с понятием «истерические невротические симптомы». Поскольку описание этих симптомов было дано в предыдущей лекции данного курса, мы не будем вновь останавливаться на перечислении конкретных разновидностей конверсионных расстройств. Напомним лишь наиболее общие их свойства. При конверсионных расстройствах отсутствуют объективные данные об органическом поражении соответствующего органа или системы, во всяком случае, настолько выраженном, чтобы вызвать данные расстройства. Далее, конверсионные расстройства носят нестойкий, изменчивый, преходящий характер и могут исчезать без каких-либо послед-

ствий. По своим проявлениям конверсионные расстройства обычно не соответствуют клинической картине какого-либо соматического или неврологического заболевания, а иногда их проявления отличаются не свойственной настоящим соматическим заболеваниям вычурностью. Интенсивность проявлений конверсионных расстройств нередко зависит от действия внешних психогенных факторов. При этом конверсионные расстройства, как правило, усиливаются при привлечении к ним внимания больного и ослабевают при его отвлечении. В некоторых случаях у больного с конверсионными расстройствами отмечается явление «прекрасного равнодушия» к своему, казалось бы, достаточно тяжелому соматическому состоянию. Все эти клинические особенности конверсионных расстройств позволяют внимательному клиницисту отличать их от проявлений «истинных» соматических заболеваний. Конверсионные расстройства наблюдаются, в первую очередь, при неврозах (в особенности при истерическом неврозе), но также и при неврозоподобных состояниях в рамках других заболеваний (шизофрения, органические поражения головного мозга и др.).

Соматизированные расстройства – это расстройства, при которых соматовегетативный компонент различных психопатологических синдромов выходит в клинической картине на первый план, отесняя на второй собственно психопатологические проявления. Чаще всего соматизации подвергается депрессия, реже встречаются соматизированные тревожные и дисфорические расстройства. Патогенез соматизированных расстройств связан с гиперстимуляцией одного или обоих отделов вегетативной нервной системы.

По своим проявлениям соматизированные расстройства могут быть разными, но чаще всего они принимают формы болей (обычно стойких, не меняющих локализацию), диспептических расстройств (диарея или запор), нарушений сердечного ритма (синусовая аритмия, экстрасистолия), выпадения волос, анорексии, потери веса и вегето-сосудистой дистонии. Соматизированные расстройства также характеризуются рядом общих особенностей, существенно отличающих их от расстройств конверсионных. Их клиниче-

ские проявления характеризуются относительной стойкостью и однотипностью (в отличие от изменчивости и непостоянства конверсионных расстройств). Интенсивность соматизированных расстройств мало зависит от влияния внешних психогенных факторов. При этом, наряду с соматовегетативными, у больных имеются и эмоциональные нарушения, характерные для соответствующего психопатологического синдрома, которые сами больные, а иногда и врачи, ошибочно расценивают как психологическую реакцию на имеющуюся соматическую болезнь. Наконец, соматизированные расстройства плохо поддаются лечению соматической направленности, но ослабевают или полностью проходят при лечении соответствующими психотропными препаратами. Последняя особенность может служить диагностическим критерием *ex juvantibus* при дифференцировке соматизированного расстройства от проявлений истинного соматического заболевания.

Следует отметить, что люди, страдающие соматизированными расстройствами, склонны считать себя больными не психически, а соматически, в связи с чем, за медицинской помощью обращаются не к психиатрам или психотерапевтам, а к врачам соматического профиля. Поэтому решающее значение с точки зрения прогноза соматизированных расстройств имеет их правильная диагностика врачами-интернистами и своевременное начало психотропного лечения. При отсутствии же адекватной терапии со временем соматизированные расстройства могут трансформироваться в настоящие психосоматические заболевания.

Психосоматические заболевания (психосоматозы) – это органические соматические заболевания, возникающие в результате действия психотравмирующих факторов. Психосоматические заболевания составляют предмет так называемой «большой психосоматики», тогда как конверсионные и соматизированные расстройства составляют область «малой психосоматики».

Согласно современным представлениям, психосоматическую природу могут иметь следующие заболевания: гипертоническая болезнь; тиреотоксикоз; бронхиальная астма; ишемическая болезнь сердца; нейродермит; ревма-

тоидный артрит; язвенная болезнь (желудка или двенадцатиперстной кишки); неспецифический язвенный колит; сахарный диабет II типа; онкологические заболевания. Не исключается, что приведенный список психосоматических заболеваний не является окончательным и со временем в него будут включены новые нозологические единицы, как это уже неоднократно происходило в прошлом.

Необходимо, однако, учитывать, что перечисленные заболевания являются психосоматическими далеко не во всех случаях, они могут иметь как психосоматическое, так и иное происхождение. На психосоматическую природу заболевания указывают следующие признаки: 1) возникновение заболевания на фоне острой или хронической психотравмирующей ситуации; 2) зависимость возникновения обострений заболевания от психогенных факторов; 3) отсутствие иных явных причин для развития данного заболевания (инфекция, интоксикация, аллергия, патологическая наследственность и т.д.).

### **7.3. Патогенез психосоматических заболеваний**

Остановимся подробнее на вопросах патогенеза психосоматических заболеваний, как наиболее значимой для медицины разновидности психосоматических расстройств. В их патогенезе могут участвовать несколько различных механизмов, иногда действующих изолированно, а иногда дополняющих друг друга. Первый из этих механизмов аналогичен патогенетическому механизму соматизированных расстройств и состоит в гиперстимуляции одного из отделов вегетативной нервной системы (например, симпатического отдела при депрессии или парасимпатического – при тревоге). При этом, если такая гиперстимуляция сохраняется на протяжении достаточно длительного времени, то в иннервируемых органах могут возникать не только хронические функциональные сдвиги, но и, в конечном счете, вторичные стойкие органические изменения, появление которых знаменует переход соматизированного расстройства в психосоматическое заболевание. Например, хронический спазм артерий вследствие гиперстимуляции симпатической нервной систе-

мы, в конце концов, приводит к структурным изменениям сосудистой стенки в виде ее гиалиноза и, как следствие, – к потере ею эластичности, в результате чего у больного формируется хроническая артериальная гипертензия (таков в самом общем виде патогенез психосоматической гипертонической болезни).

Второй патогенетический механизм психосоматических заболеваний состоит в локальных нарушениях микроциркуляции вследствие хронического нейрогенного спазма артериол. Такие нарушения микроциркуляции приводят к трофическим изменениям в соответствующей области организма. Подобный механизм часто имеет место, например, при нейродермите или ревматоидном артрите.

Третий механизм реализуется через стойкие гормональные изменения, сопровождающие хронические эмоциональные нарушения. Так, при депрессии, как правило, имеет место гиперкортизолемиа, вызывающая повышение уровня сахара в крови. Если депрессия носит хронический характер, гипергликемия становится стойкой, что постепенно приводит к общей перестройке углеводного обмена, а затем и других видов обмена веществ в организме. Так в общих чертах может выглядеть патогенез психосоматического сахарного диабета.

Сущность четвертого механизма состоит в изменениях общего иммунитета, имеющих место при некоторых эмоциональных нарушениях. Например, при том же депрессивном синдроме, в случае его длительного существования, у больного стойко снижается выработка в организме гормона эпифиза мелатонина. Между тем, одна из функций мелатонина состоит в усилении эффективности функционирования иммунной системы. Поэтому хронический дефицит мелатонина может привести к возникновению хронического иммунодефицита, что, в свою очередь, может стать причиной целой гаммы разных патологических состояний, включая онкологические заболевания.

Приведенные механизмы отражают пути влияния нарушенных психических процессов на соматическое состояние человека. Однако для полного

понимания патогенеза психосоматических заболеваний нам также важно знать, как именно должны быть нарушены психические процессы, чтобы эти нарушения могли стать причиной психосоматического заболевания. Иными словами, необходимо понять психогенез психосоматических заболеваний. Психогенезом называют часть патогенеза, содержащую в себе психологические механизмы формирования болезни. В психогенезе психосоматических заболеваний многое еще остается неясным, поэтому последующая часть этой лекции будет содержать информацию скорее гипотетического порядка. Тем не менее, эта информация отражает современные представления в данной области.

Как уже указывалось, причиной психосоматических заболеваний являются психические травмы. При этом считается, что психосоматические заболевания могут развиваться как вследствие непосредственного воздействия внешней психотравмирующей ситуации, так и в результате внутриличностного конфликта, в том числе и бессознательного. Примером психосоматического заболевания, развивающегося при непосредственном воздействии внешней психотравмирующей ситуации, могут служить пептические язвы, возникающие на почве острого стресса (например, в ситуации реальной угрозы жизни). Однако такие психосоматозы чаще носят острый, преходящий характер. Хронические психосоматические заболевания обычно возникают на почве длительно существующего внутриличностного конфликта. При этом переработка такого конфликта у психосоматических больных идет не по пути формирования невротических симптомов, а по пути соматизации, т.е. перехода связанного с внутриличностным конфликтом психического напряжения на уровень вегетативных и эндокринных центров. Предположительной причиной этого является изначальная слабость у психосоматических больных механизмов психологической защиты, необходимых для формирования невротических симптомов. В качестве еще одной гипотетической причины соматизации психических переживаний выдвигается высокий уровень алекситимии у рассматриваемой категории больных.

Алекситимия (дословный перевод – «нет слов для чувств») – это нарушенная способность индивида к осознанию собственных эмоций. Клинически алекситимия проявляется следующими признаками: затруднение в определении и описании собственных эмоций; затруднение в различении эмоций и телесных ощущений; снижение способности к символизации, в частности к фантазии; фокусирование преимущественно на внешних событиях, в ущерб внутренним переживаниям; склонность к конкретному, утилитарному, логическому мышлению при дефиците эмоциональных реакций. Считается, что та или иная степень алекситимии имеется у каждого человека, но у психосоматических больных уровень алекситимии в среднем выше, чем у людей, не страдающих психосоматозами. По этой причине алекситимию принято рассматривать как фактор риска психосоматических заболеваний. Природа алекситимии и ее происхождение до сих пор до конца не выяснены. Известно лишь, что она может быть как врожденной, так и приобретенной в процессе воспитания или в результате перенесенной психической травмы.

Каким же образом алекситимия участвует в психогенезе психосоматозов? По-видимому ее роль состоит в том, что она блокирует поведенческий компонент эмоциональных реакций. Ведь поскольку человек не осознает, какую именно эмоцию он переживает в данный момент, ему трудно и проявить эту эмоцию в поведении. А раз поведенческий компонент эмоциональной реакции блокирован, вся ее энергия уходит на ее соматовегетативный компонент. Например, поведенческим компонентом эмоции гнева являются те или иные вербальные и невербальные агрессивные действия, тогда как ее соматовегетативным компонентом является гиперстимуляция симпатической нервной системы, проявляющаяся тахикардией, повышением артериального давления, расширением зрачков и т.д. Если внешнее агрессивное поведение блокировано, симпатическая нервная система при гневe стимулируется значительно сильнее, что может привести, например, к чрезмерному подъему артериального давления. По подобному механизму нередко развивается гипертоническая болезнь или ишемическая болезнь сердца.

Завершая разговор о патогенезе психосоматических заболеваний, необходимо указать на связь определенных форм психосоматозов с определенными типами характера. Эта связь, безусловно, не является абсолютной и носит характер предрасположенности людей с тем или иным складом характера к тому или иному психосоматическому заболеванию. Данная предрасположенность зависит от того, что каждому типу характера соответствует своя гамма типичных эмоций, а также свой вегетативный статус с преобладанием тонуса того или иного отдела вегетативной нервной системы либо с их уравновешенностью. Клинические наблюдения показывают, что эпилептоиды из всех психосоматических заболеваний особенно склонны к гипертонической болезни и стенокардии, циклоиды – к сахарному диабету, психастеники и астеники – к язвенной болезни и неспецифическому язвенному колиту, истерики – к бронхиальной астме и нейродермиту, ананкасты – к ревматоидному артриту и тиреотоксикозу, шизоиды – к онкологическим заболеваниям.

#### **7.4. Подходы к лечению психосоматических расстройств**

В завершение лекции остановимся на том, какие следствия с точки зрения терапии психосоматических расстройств вытекают из всего того, что было сказано о них выше. Лечение конверсионных и соматизированных расстройств, составляющих предмет «малой» психосоматики, является прерогативой врачей психиатров и психотерапевтов, поскольку здесь соматические нарушения являются лишь симптомами основного психического расстройства. Другое дело, что в последнее время, в силу большой распространенности этих расстройств, а также зачастую нежелания страдающих ими людей обращаться к психиатрам, все большее признание и распространение получает подход, направленный на обучение также и врачей соматического профиля методам лечения некоторых распространенных психопатологических состояний. Что же касается психосоматических заболеваний, то их лечение – это задача, в первую очередь, врачей-интернистов соответствующего профиля. Врач-психотерапевт здесь играет лишь вспомогательную роль, однако его

участие в процессе лечения психосоматических заболеваний все-таки весьма желательно, поскольку дополнение основного соматотропного лечения еще и психотропным существенно улучшает прогноз при психосоматических заболеваниях.

Относительно методов психотропной терапии психосоматических расстройств следует сказать, что при всех разновидностях последних, как правило, уместно сочетание психотерапии с лечением психотропными лекарственными препаратами. Однако если при конверсионных расстройствах психотерапия играет явно главенствующую роль и зачастую может применяться в изолированном виде, то при соматизированных расстройствах и психосоматических заболеваниях фармакотерапии принадлежит не менее, а подчас и более важное место в лечебном процессе. Необходимо также отметить, что при психосоматических заболеваниях присущий больным высокий уровень алекситимии серьезно ограничивает возможности вербальных психотерапевтических методов, вследствие чего акцент здесь должен делаться на методах суггестивных и телесно-ориентированных.

## **Лекция 8**

### **Психологические основы психотерапии**

#### **8.1. Определение, виды и формы психотерапии**

Психотерапия – это лечение болезней психологическими методами («лечение средствами души» по выражению известного отечественного психотерапевта Марка Евгеньевича Бурно). Само слово «психотерапия» происходит от греческих слов *psyche* – душа и *therapia* – лечение.

Психотерапия применяется при лечении самых разных заболеваний, как психических, так и соматических. Однако, то место, которое она занимает в лечебном процессе, может быть разным. Поэтому в зависимости от роли психотерапии при лечении конкретного заболевания, выделяют несколько ее видов: этиологическая, патогенетическая, симптоматическая, реабилитаци-

онная, паллиативная и вспомогательная. Этиологическая (или каузальная) психотерапия направлена на ослабление или устранение причины заболевания. Подобную роль психотерапия играет, например, при лечении неврозов, когда психотерапевтическими методами мы помогаем пациенту сначала осознать, а затем разрешить внутриличностный конфликт, лежащий в основе невроза. Патогенетическая психотерапия направлена на разрушение или ослабление механизмов болезни. Примером такой психотерапии может служить коррекция посредством суггестивных или телесно-ориентированных методов дисбаланса в работе вегетативной нервной системы при психосоматических заболеваниях. Симптоматическая психотерапия направлена на устранение или смягчение отдельных симптомов болезни, без воздействия на их глубинные причины или патогенетические механизмы. Классическими примерами такой психотерапии является устранение истерических симптомов посредством внушения или снятие фобий посредством поведенческих техник. Реабилитационная психотерапия направлена на улучшение адаптации и качества жизни пациента, имеющего стойкие, малообратимые или необратимые патологические нарушения, которые не могут быть полностью вылечены. Примером подобной психотерапии является помощь в социальной адаптации людям с выраженными двигательными нарушениями (например, колясочным инвалидам) или со стойкими нарушениями психики (например, больным шизофренией). Задача паллиативной психотерапии – облегчение физических и душевных страданий пациента, находящегося в терминальном состоянии (умирающие больные онкологическими заболеваниями, СПИДом и т.д.). Наконец, вспомогательная психотерапия направлена на создание условий для проведения лечения какими-либо другими методами. Примером может служить проведение хирургических операций или стоматологических манипуляций в условиях анестезии, вызванной у пациента посредством внушения в гипнотическом состоянии.

Психотерапия может проводиться в нескольких формах: индивидуальной, групповой, семейной, а также в форме психотерапевтической среды и

психотерапевтического сообщества. В индивидуальной форме психотерапия проводится одновременно только с одним пациентом. Психотерапия в группе проводится одновременно с несколькими пациентами, что особенно целесообразно, если в короткий промежуток времени нужно оказать психотерапевтическую помощь большому количеству людей (например, в психотерапевтическом стационаре, где на одного врача приходится 15 – 20 пациентов). В случае семейной психотерапии в качестве пациента выступает целая семья. Такая форма психотерапии целесообразна при тех или иных нарушениях семейных взаимоотношений. Наконец, психотерапевтическая среда и психотерапевтическое сообщество – это особая форма психотерапии, которая возможна только в стационарных условиях (психотерапевтические стационары, реабилитационные наркологические центры и т.д.). Заключается эта форма психотерапии в создании особых взаимоотношений между пациентами и особой организации жизни отделения, способствующих активному включению самих пациентов в психотерапевтический процесс (создание совета пациентов; проведение в отделении лекций, семинаров, в том числе, с докладами самих пациентов; средства наглядной пропаганды психотерапевтических знаний; внедрение в отделении особых традиций, ритуалов и т.д.).

## **8.2. Методы психотерапии**

Следующий вопрос, на котором мы остановимся – это методы психотерапии. Психотерапевтическим методом называется система психотерапевтических приемов, построенная на единой теоретической основе, имеющая определенные внешние атрибуты и определенную область практического применения. Большинство психотерапевтических методов имеет авторское происхождение, т.е. создано одним или группой авторов. В связи с тем, что почти каждый крупный психотерапевт склонен создавать свой собственный метод, за годы существования научной психотерапии было разработано большое их количество, так что на сегодняшний день в психотерапии насчитывается более 700 методов. Подобное разнообразие имеет как положитель-

ные, так и отрицательные стороны. С одной стороны, оно нередко приводит к взаимному непониманию психотерапевтов, использующих различные методы, и к не всегда обоснованной критике ими друг друга. С другой стороны, большое количество имеющихся сегодня психотерапевтических методов позволяет каждому психотерапевту выбирать именно те из них, которые ближе ему по его личностно-психологическим характеристикам и, работая в рамках которых, он будет более успешен. То же самое можно сказать и о пациентах, которые, в зависимости от своих личностных особенностей, тоже нередко осознанно или интуитивно тянутся к какому-то конкретному психотерапевтическому методу (особенно заметно это в Западных странах, где уровень психологической культуры населения и возможность выбора психотерапевта выше, но в последние годы такая тенденция начинает проследиваться и в России).

Несмотря на большое количество существующих психотерапевтических методов, все они построены на ограниченном числе общих психотерапевтических механизмов. Поэтому все психотерапевтические методы могут быть классифицированы в зависимости от ведущего психотерапевтического механизма, лежащего в основе каждого конкретного метода. По этому признаку все современные методы психотерапии принято подразделять на суггестивные, поведенческие, рациональные, аналитические, методы психотерапии духовной культурой, телесно-ориентированные, групповые и игровые. Далее мы коротко разберем каждую из перечисленных групп.

Суггестивная психотерапия – это группа психотерапевтических методов, построенных на суггестивном механизме. Суггестивный психотерапевтический механизм (от латинского *suggestio* – внушение) состоит в лечебном использовании внушения. Под внушением же понимается непосредственное «вкладывание» в психику пациента тех или иных мыслей, эмоций, желаний, ощущений, принимаемых пациентом «на веру», без критической их оценки (внушить что-либо, значит заставить в это поверить). Внушение – прием, который используется не только в психотерапии, но и в других областях дея-

тельности человека (реклама, торговля и т.д.), а также в повседневном человеческом общении.

Внушение можно классифицировать по разным признакам. Так, по форме внушение может быть прямым и косвенным. Прямое внушение проводится в прямой словесной форме, т.е. когда пациенту прямым текстом говорят то, что хотят внушить (например: «Ваша головная боль проходит!»). При косвенном внушении используются те или иные вспомогательные объекты, функции которых могут выполнять лекарственные препараты, медицинские приборы, особенности внешнего облика внушающего или элементы обстановки помещения, в котором проводится внушение и т.д. При этом пациент, подвергающийся внушению, в качестве его источника воспринимает этот вспомогательный объект, а не проводящего внушение врача. Классическим примером косвенного внушения в медицине является так называемый плацебо-эффект, сопровождающий многие методы лечения. Например, врач дает пациенту какое-то индифферентное лекарственное средство, «пустышку», но заявляет, что это лекарство непременно поможет пациенту от беспокоящих его симптомов. И если пациент поверит врачу, то лекарство вполне может оказать на него даже такое действие, которым оно в действительности не обладает, но которое было внушено врачом. Так, иногда с помощью инъекций обычного физраствора удается купировать отдельные истерические симптомы. При этом плацебо-эффект может быть не только преднамеренным, но и спонтанным, когда тот или иной препарат или тот или иной метод лечения помогает пациенту только потому, что он в него особенно уверовал в силу каких-то причин. Иногда вследствие спонтанного плацебо-эффекта пациент может испытывать побочные действия принимаемого препарата, которых в действительности нет, но которые он внушил себе. Существование спонтанного плацебо-эффекта заставляет сегодня при внедрении в практику новых лекарственных препаратов или методов лечения проводить так называемые плацебо-контролируемые исследования, когда лишь части испытуемых пациентов дается настоящее лекарство, а остальным – замаскированная под него

«пустышка». Лекарство признается эффективным только в том случае, если эффект у принимавших его пациентов окажется достоверно выше, чем у тех, кто принимал «пустышку».

По своему характеру внушение можно разделить на директивное и недирективное. Директивное внушение проводится авторитарным тоном и осуществляется за счет подчинения воли пациента воле психотерапевта. Что же касается недирективного внушения, то оно проводится тоном обычной беседы, маскируясь под нее, и осуществляется за счет незаметной подстройки психотерапевта к пациенту. Такая подстройка производится с помощью разных приемов: дыхания в ритм с пациентом, незаметного копирования его движений, использования в речи характерных для пациента выражений или образов и др. Массовое внедрение в психотерапию методов, построенных на недирективном внушении, связано с именем выдающегося американского психотерапевта Милтона Эриксона, активно и успешно применявшего эти приемы в работе со своими пациентами.

По состоянию пациента, в котором ему проводится внушение, оно подразделяется на внушение в бодрствующем состоянии, внушение в состоянии физиологического сна (проводится в основном у детей), внушение в состоянии гипноза (гипносуггестия) и внушение в состоянии медикаментозного оглушения (наркосуггестия). По источнику внушения его подразделяют на гетеросуггестию, т.е. внушение со стороны другого лица, и аутосуггестию, когда человек под руководством врача проводит лечебное внушение сам себе.

Психотерапевтические методы, основанные на внушении, применяются при лечении неврозов (в первую очередь, истерического невроза), психосоматических заболеваний и наркологической патологии. Во всех указанных случаях они играют роль симптоматических, изредка – патогенетических методов. Так, при истерическом неврозе с помощью внушения устраняются отдельные истерические соматические или неврологические симптомы. При наркологических расстройствах внушение позволяет вызвать у пациента от-

вращение к психоактивному веществу, которым он злоупотребляет, а также сформировать у него установку на трезвый образ жизни. При психосоматических заболеваниях суггестивные приемы помогают купировать или смягчить отдельные симптомы (боли, зуд, подъемы артериального давления и т.д.), а также сбалансировать тонус разных отделов вегетативной нервной системы, т.е. отчасти воздействовать и на патогенез заболевания. Наиболее известными методами суггестивной психотерапии являются классическая гипнотерапия (создатель – Дж. Брэд), эриксоновский гипноз (М.Эриксон), произвольное самовнушение (Э.Куэ), аутогенная тренировка (И.Шульц), голотропное дыхание (С.Грофф), нейролингвистическое программирование (Р.Бендлер и Дж.Гриндер).

Следующая группа психотерапевтических методов – поведенческая психотерапия. Относящиеся к ней методы построены на механизме лечебного научения. Такое научение направлено на устранение у пациента неправильных, дезадаптивных стереотипов поведения и выработку правильных, адаптивных. С этой целью поведенческая психотерапия использует систему четко разработанных тренировочных методик (тренингов), которые могут проводиться как в искусственно созданных (*in vitro*), так и в реальных (*in vivo*) условиях. Одним из вариантов поведенческой психотерапии является условно-рефлекторная психотерапия, в основе которой лежит учение об условных рефлексах И.П.Павлова. В этом случае поведенческие приемы направлены на угашение у пациента вредных, дезадаптивных условных рефлексов и выработку вместо них полезных, адаптивных, для чего используется система специально подобранных стимулов.

Рассмотрим примеры некоторых методик поведенческой психотерапии. Методика систематической десенсибилизации используется при лечении фобий, т.е. ситуационно обусловленных навязчивых страхов. При этом сначала врач вместе с пациентом составляет иерархию фобических ситуаций, т.е. ситуаций, в которых у пациента возникает навязчивый страх. Далее пациент начинает поочередно представлять себе эти ситуации, начиная с той, в кото-

рой страх самый слабый, и кончая той, в которой он наиболее силен. При этом, когда при представлении очередной ситуации пациент начинает испытывать страх, он тут же выполняет специальные упражнения по расслаблению мышц, в результате чего страх угасает. Систематически выполняя подобные упражнения, пациент научается угащать свой страх в любой фобической ситуации. При необходимости в дальнейшем подобный тренинг продолжается уже *in vivo*, т.е. не просто в форме представления фобических ситуаций, а в процессе непосредственного пребывания в них пациента (например, пациент с навязчивым страхом высоты выходит на балкон и там выполняет упражнения по мышечной релаксации).

Прием парадоксальной интенции применяется при лечении разнообразных навязчивостей. При этом пациенту предлагается не бороться с навязчивостью, а, напротив, стараться специально вызывать ее у себя. Например, пациенту с кардиофобией (навязчивым страхом сердечного приступа) предлагается несколько раз в день стараться внушением вызывать у себя сердечный приступ. Или пациенту с навязчивыми мыслями – все время стараться вызывать у себя эти навязчивые мысли. При этом необходимо сформировать у пациента юмористическое отношение к своим навязчивостям, стимулировать его самоиронию. При подобном поведении пациента навязчивости парадоксальным образом начинают отступать, чего не происходит, если пациент пытается усилием воли сдерживать или отгонять их.

Тренинг самоуверенного поведения состоит в том, что пациент тренируется уверенно вести себя в тех ситуациях, в которых он испытывает тревогу или неуверенность в себе. Сначала такой тренинг проводится в искусственных условиях, например, в психотерапевтической группе, где другие участники подыгрывают пациенту, искусственно создавая напрягающую его ситуацию. Затем тренинг продолжается уже в реальных условиях, в которых пациент должен под руководством психотерапевта отрабатывать приобретенные в психотерапевтической группе навыки уверенного поведения.

Суть методики позитивного подкрепления состоит в том, что за то или иное желательное поведение пациент получает какое-то вознаграждение. Эта методика особенно широко применяется в детской практике. Аверсионная терапия, напротив, основана на том, что нежелательный симптом или нежелательное поведение сопровождается неприятным дополнительным раздражителем, призванным сформировать у пациента отвращение к тем действиям, от которых он должен избавиться. Например, пациенту с писчим спазмом (судорожное сокращение мышц кисти при попытке начать писать, встречающееся при неврозах) дается специальная ручка, при чрезмерном нажатии на которую он ощущает болезненный удар электрического тока. Или у больного алкоголизмом сочетают пробу алкоголя с введением рвотных средств, так что со временем рвота возникает уже на сам алкоголь, даже если пациент принимает его без рвотного средства (так называемая условно-рефлекторная терапия алкоголизма).

Современной поведенческой методикой, проводимой с применением компьютерной техники, является биологическая обратная связь. Суть этой методики состоит в том, что на теле больного устанавливают датчики, фиксирующие ту функцию организма, которую ему необходимо тренировать. Например, больному бронхиальной астмой устанавливают на грудную клетку датчики, фиксирующие глубину его дыхания, или больному эпилепсией устанавливают на голову датчики, фиксирующие электрическую активность его головного мозга. Эти датчики проводами присоединяются к компьютеру, на экране которого пациент видит график, отражающий соответствующую функцию его организма. При этом если данная функция осуществляется правильно (например, пациент, страдающий бронхиальной астмой, дышит не слишком глубоко), график на экране окрашен в один цвет, если же функция осуществляется неправильно, – в другой. Таким образом, пациент получает возможность контролировать свои физиологические функции и учиться управлять ими так, чтобы не вызывать у себя приступов болезни. С помощью данной методики пациенты, страдающие различными психическими и сома-

тическими заболеваниями, научаются управлять даже такими функциями своего организма, которые, казалось бы, вообще не поддаются сознательному контролю, например, электрической активностью нейронов головного мозга или ритмом сердца.

Поведенческая психотерапия используется при лечении невроза навязчивых состояний, психопатий, наркологических заболеваний, патологических привычных действий у детей, нервной анорексии. При этом в большинстве случаев поведенческие методики имеют симптоматическую либо реабилитационную направленность. Наиболее известными методами поведенческой психотерапии являются клиническая поведенческая психотерапия (В.М.Бехтерев), классическое обусловливание (Дж. Вольпе), оперантное обусловливание (Б.Скиннер), мультимодальная терапия поведения (А.Лазарус), метод социального научения (А.Бандура и Дж.Роттер).

Рациональной психотерапией называется группа психотерапевтических методов, основанных на разъяснении и убеждении. В отличие от суггестивной психотерапии, при которой лечебные воздействия основаны на вере пациента, при рациональной психотерапии они адресованы его разуму. При этом технические приемы рациональной психотерапии построены на формальной логике. Поэтому проведение рациональной психотерапии требует от врача не только хорошего знания чисто медицинских вопросов, но и владения законами формальной логики. Следует также отметить, что методы рациональной психотерапии более эффективны при работе с пациентами мыслительного склада, которые лучше воспринимают логические построения, чем люди эмоционального склада. Основной мишенью рациональной психотерапии являются ошибки в мышлении пациента, которые могут лежать в основе некоторых психопатологических симптомов, а также приводить к искажению внутренней картины болезни пациента. Именно коррекция и гармонизация внутренней картины болезни и приводит к улучшению в состоянии пациента в результате рациональной психотерапии.

Рациональная психотерапия может применяться при лечении практически любых заболеваний, как психических, так и соматических. При этом она может иметь самую разную направленность: и этиологическую, и реабилитационную, и вспомогательную. Наиболее известными психотерапевтическими методами, построенными на рациональном механизме, являются рациональная психотерапия (П.Дюбуа), когнитивная психотерапия (А.Бек), рационально-эмотивная психотерапия (А.Эллис), позитивная психотерапия (Н.Пезешкиан).

Еще одной группой психотерапевтических методов является аналитическая психотерапия. В основе аналитической психотерапии лежит самоанализ пациента, нацеленный на осознание им бессознательных аспектов собственной психики. К таким бессознательным аспектам психики относятся противоречия между собственными потребностями и мотивами пациента («внутриличностные конфликты»); неосознаваемые аспекты взаимодействия пациента с другими людьми («игры»); неосознаваемый жизненный план пациента («сценарий»); неосознаваемые аспекты отношения пациента к самому себе («я-концепция»); неосознаваемые аспекты отношения пациента к окружающему миру («система отношений»); неосознаваемые пациентом черты его собственного характера; используемые пациентом механизмы психологической защиты. Целями аналитической психотерапии является достижение пациентом инсайта и катарсиса. Инсайтом называется интеллектуальное осознание тех или иных бессознательных переживаний. Катарсис же – это эмоциональное отреагирование этих переживаний. Инсайт и катарсис нередко идут «рука об руку», т.е. инсайт зачастую, хотя и не всегда, сопровождается одновременным катарсисом. Достижение в процессе аналитической психотерапии инсайта или катарсиса, как правило, сопровождается клиническим улучшением состояния пациента.

Аналитическая психотерапия показана при лечении неврозов, психосоматических заболеваний и психопатий. Она может иметь этиологическую или реабилитационную направленность. Однако при лечении психосомати-

ческих заболеваний применение аналитической психотерапии ограничено присущей данной категории больных алекситимией, затрудняющей самоанализ пациента. Наиболее известными методами аналитической психотерапии являются классический психоанализ (З.Фрейд), аналитическая психология (К.Г.Юнг), индивидуальная психология (А.Адлер), транзактный анализ (Э.Берн), патогенетическая психотерапия (В.Н.Мясищев), клинико - аналитическая психотерапия (Э.Кречмер), логотерапия (В.Франкл).

Психотерапией духовной культурой называется группа психотерапевтических методов, использующих с лечебными целями различные виды духовной культуры (изобразительное искусство, музыку, танец, литературу и т.д.). В зависимости от того, какой именно из этих видов духовной культуры используется, в рамках психотерапии духовной культурой выделяют арттерапию (лечение изобразительным искусством), библиотерапию (лечение литературным творчеством), музыкотерапию (лечение музыкой), танцтерапию (лечение танцами), хобби-терапию (лечение увлечениями), ландшафтотерапию (лечение созерцанием ландшафтов), психотерапевтический театр (лечение театральным творчеством) и творческие путешествия. При этом в процессе психотерапии духовной культурой пациент может как творить сам, так и лечиться взаимодействием с творчеством великих творцов (художников, писателей, композиторов и т.д.). Основной целью здесь является достижение пациентом творческого вдохновения и выработка у него творческого стиля жизни. Целебное действие творческого вдохновения состоит в том, что оно способствует ослаблению депрессии, тревоги и деперсонализации, а также помогает пациенту яснее почувствовать свою неповторимую индивидуальность.

Психотерапия духовной культурой показана при широком круге психических и соматических заболеваний, но особенно высокую эффективность она демонстрирует при лечении шизофрении и психопатий тормозимого круга. В большинстве случаев психотерапия духовной культурой имеет реабилитационную направленность и лишь при лечении неврозов ее направленность

может быть этиологической (правда в этом случае она все-таки должна сочетаться с аналитической психотерапией). Наиболее известными методами психотерапии духовной культурой являются психоаналитическая арттерапия (М.Наумбург) и терапия творческим самовыражением (М.Е.Бурно).

Телесно-ориентированной психотерапией называется группа психотерапевтических методов, использующих работу с телом пациента. В ее основе лежит представление о нервно-мышечных связях. Согласно теории телесно-ориентированной психотерапии, при наличии у пациента длительных эмоциональных проблем, в его теле образуются хронические мышечные зажимы («блоки»), бессознательно поддерживаемые пациентом и отражающиеся в особенностях его моторики и позы. Устранение этих мышечных блоков приводит к высвобождению связанных с ними сдерживаемых негативных эмоций и помогает пациенту избавиться от этих эмоций и от связанных с ними невротических или психосоматических симптомов. Для снятия мышечных блоков в телесно-ориентированной психотерапии используются специальные гимнастические и массажные приемы, которые, однако, всегда сочетаются с психологическими воздействиями и психологической проработкой высвобождаемых эмоций.

Основными показаниями к телесно-ориентированной психотерапии являются неврозы и психосоматические заболевания. Особенно целесообразно применение телесно-ориентированных методов в процессе психотерапии психосоматозов, поскольку, в силу характерной для страдающих ими больных алекситимии, применение вербальных методов психотерапии при психосоматических заболеваниях затруднено. Наиболее известными методами телесно-ориентированной психотерапии являются биоэнергетика (А.Лоуэн), метод Матиса Александра (М.Александр), рольфинг (И.Рольф), метод Моше Фельденкрайса (М.Фельденкрайс) и прогрессивная мышечная релаксация (Э.Джекобсон).

Групповая психотерапия – группа психотерапевтических методов, использующих в качестве основного лечебного средства межличностные взаи-

модействия пациентов в психотерапевтической группе. Лечебный эффект групповой психотерапии реализуется за счет нескольких терапевтических факторов. Первый из них – взаимная эмоциональная поддержка друг друга участниками группы. Второй – обмен между ними опытом преодоления схожих житейских проблем. Третий – возможность опробовать в искусственных условиях психотерапевтической группы различные способы поведения, в дальнейшем используемые в реальной жизни. Четвертый – отреагирование участниками группы друг на друга эмоций, в действительности предназначенных значимым лицам из их реальной жизни (так называемый «множественный перенос»). И, наконец, пятый – взаимный обмен участниками группы отзывами друг о друге (так называемая «обратная связь»). Последний фактор позволяет каждому участнику группы расширить представления о самом себе и осознать в себе некоторые прежде не осознававшиеся психологические проблемы.

Все перечисленные терапевтические факторы реализуются в процессе так называемой групповой динамики, т.е. в процессе развития отношений между членами психотерапевтической группы. Групповая динамика складывается из двух основных компонентов – групповой сплоченности и группового напряжения. Групповая сплоченность представляет собой взаимное психологическое притяжение членов психотерапевтической группы при одновременном отгораживании группы от остального мира. Групповое напряжение – явление, противоположное сплоченности. Оно состоит во взаимном отталкивании членов группы, стремящемся разрушить ее, а также в их конкуренции друг с другом. Групповая динамика осуществляется за счет баланса между групповой сплоченностью и групповым напряжением. Поэтому задача психотерапевта, руководящего психотерапевтической группой, состоит в постоянном поддержании этого баланса за счет манипулирования группой с помощью специальных техник.

В процессе своего развития и становления психотерапевтическая группа проходит ряд стадий групповой динамики. Первая стадия – ориентация и за-

висимость, когда члены группы демонстрируют свою беспомощность, ищут руководства со стороны и ждут конкретных указаний от психотерапевта. Вторая стадия – конфликты и протест. На этой стадии участники группы, не получив конкретных указаний от психотерапевта, начинают отреагировать друг на друга свою агрессию, связанную с их не оправдавшимися ожиданиями. Третья стадия – развитие сплоченности. На этой стадии происходит формирование структуры группы и распределение групповых ролей. Наконец, четвертая стадия – конструктивно работающая группа, когда участники начинают работать в группе над своими индивидуальными проблемами.

Немаловажный вопрос для групповой психотерапии – число участников группы. В слишком маленькой группе не запускаются процессы групповой динамики, слишком большая группа начинает распадаться на подгруппы. Оптимальной считается численность психотерапевтической группы в 8 – 12 человек. Психотерапевтическая группа должна быть однородной по нозологическому составу и по возможности разнородной по другим характеристикам участников (возраст, пол, социальный статус, уровень образования и т.д.), поскольку такое разнообразие способствует групповой динамике.

Групповая психотерапия применяется при многих заболеваниях, но все-таки основными показаниями к ней являются неврозы, психопатии, шизофрения и наркологические заболевания. Наиболее известными методами групповой психотерапии являются Т-группы (К.Левин), группы встреч (К.Роджерс), гештальт-группы (Ф.Перлс), психодрама (Я.Морено), групп-аналитическая психотерапия (Г.Салливан) и групповая патогенетическая психотерапия (В.Н.Мясищев).

Последняя группа психотерапевтических методов, на которой мы остановимся – игровая психотерапия. К данной группе относятся психотерапевтические методы, построенные на игре. Игровая психотерапия используется в детской практике. Здесь она заменяет аналитические и рациональные методы, поскольку у детей еще не сформированы необходимые для лечения данными методами вербальные и понятийные навыки. В процессе игровой пси-

хотерапии используются специальные, особым образом структурированные игры, с помощью которых решается несколько задач. Во-первых, в процессе лечебной игры ребенок отреагирует эмоции, связанные с психотравмирующими ситуациями в его жизни. Во-вторых, он может осознать прежде скрытые от него аспекты этих психотравмирующих ситуаций. И, наконец, в-третьих, он осваивает в процессе игры новые поведенческие навыки, которых ему прежде не доставало.

Игровая психотерапия может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме. Если она проводится в групповой форме, то это могут быть как чисто детские группы, так и смешанные, в которых дети участвуют вместе со своими родителями. В последнем случае психотерапия по форме становится не только групповой, но еще и семейной. Показаниями к игровой психотерапии являются детские неврозы, психосоматические заболевания у детей, а также девиантное поведение в детском возрасте.

### **8.3. Направления психотерапии**

Так сложилось, что мировая психотерапия как область науки и практики на протяжении своей истории развивалась и продолжает развиваться не в виде единого учения, а в виде нескольких самостоятельных направлений. Каждое из направлений объединяет в себе множество психотерапевтических методов, имеющих более или менее схожую теоретическую базу и терминологию. Между собой направления психотерапии различаются не столько используемыми приемами (поскольку психотерапевты всех направлений, так или иначе, используют в работе одни и те же психотерапевтические механизмы), сколько теоретическими представлениями и вытекающими из них особенностями отношений психотерапевт – пациент. Существует несколько разных классификаций направлений психотерапии, отличающихся друг от друга. В рамках настоящей лекции мы будем исходить из представления о четырех основных направлениях психотерапии. Этими направлениями являются динамическое (или психоаналитическое), поведенческое (или когни-

тивно-бихевиоральное), феноменологическое (или экзистенциально - гуманистическое) и клиническое (или конституционально-эволюционное).

Основные теоретические положения и практические принципы психоаналитического (динамического) направления психотерапии были сформулированы в начале XX века выдающимся австрийским психотерапевтом Зигмундом Фрейдом. В дальнейшем, благодаря работам учеников и последователей Фрейда, в рамках динамического направления психотерапии возник целый ряд самостоятельных течений, имеющих между собой разнообразные теоретические разногласия и, порой, непримиримо-критически относящихся друг к другу. Тем не менее, несмотря на разногласия, все эти течения объединяются общим объективно-идеалистическим мировоззрением, состоящим в представлении о человеческой психике, как о самостоятельной, независимой от тела сущности, способной развиваться, видоизменяться и превращаться по своим, особым законам, не связанным с законами материального мира. Представители данного направления игнорируют влияние конституционально - биологических, генетических факторов на особенности характера человека и его болезни. Согласно их представлениям, характер человека полностью определяется теми чисто психическими влияниями, которые он испытывает со стороны своего ближайшего окружения (в первую очередь, со стороны родителей) в процессе воспитания. Болезни же понимаются как результат бессознательного внутриспсихического конфликта, столкновения различных противоборствующих психических сил и энергий. Соответственно этому, цель лечения видится в том, чтобы разрешить эти внутренние противоречия, направить психическую энергию в нужное русло, в результате чего болезнь пройдет сама собой.

Психотерапевт в рамках динамического направления занимает по отношению к пациенту позицию эксперта. Его задача – используя свои знания и специальные технические приемы, помочь пациенту разобраться в его внутренних душевных конфликтах. Фактически пациент здесь как бы лечится сам, психотерапевт лишь направляет его действия и предоставляет необхо-

димую для лечения информацию. В связи с этим и ответственность за результат лечения в значительной мере ложится на самого пациента. Важно также, что во многих психоаналитически ориентированных методах не приветствуется эмоционально окрашенное отношение психотерапевта к пациенту, считается, что психотерапевт должен быть максимально индифферентен и «эмоционально непроницаем» для пациента, дабы обеспечить последнему наилучшую возможность перенести на психотерапевта свои эмоции и представления, связанные со значимыми в его жизни людьми. Выявленные в процессе такого переноса эмоциональные реакции с точки зрения динамического подхода являются важным материалом для последующего лечебного анализа.

Наиболее известными представителями динамического направления психотерапии являются З.Фрейд (Австрия), А.Адлер (Австрия), К.Г.Юнг (Швейцария), В.Райх (Германия), А.Лоуэн (США), Э.Берн (США), В.Н.Мясищев (СССР).

Поведенческое (когнитивно-бихевиоральное) направление психотерапии оформилось в середине XX века в США и ЮАР, в дальнейшем распространившись по всему миру. Единого основоположника данное направление не имеет, но, пожалуй, наибольший вклад в его становление и развитие внес американский психолог Беррес Скиннер. Необходимо подчеркнуть, что понятие «поведенческое направление психотерапии» не следует путать с понятием «поведенческие методы психотерапии», поскольку данные методы могут использоваться представителями разных психотерапевтических направлений. Теоретической основой поведенческого направления психотерапии является психология бихевиоризма (от английского *behavior* – «поведение»), в свою очередь, опирающаяся на принципы философии позитивизма. В основу своего учения бихевиористы положили тезис о том, что внутреннее содержание психической деятельности человека в принципе непознаваемо, поскольку не поддается непосредственному наблюдению. Следовательно, всякая попытка понять внутренние механизмы психики антинаучна. Истинная наука, по мнению бихевиористов, должна иметь дело только с тем, что под-

дается непосредственному наблюдению и может быть воспроизведено в условиях эксперимента. Вот почему психология, как область науки, по мнению бихевиористов, должна сконцентрироваться на изучении закономерностей поведения человека, как внешнего выражения его психической деятельности. В основе же поведения всегда лежит один и тот же принцип – «стимул – реакция». Т.е. на определенные внешние стимулы организм отвечает определенными психическими реакциями, которые можно проследить в эксперименте и подробно изучить и измерить.

Описанный подход из психологии бихевиоризма распространился и на поведенческое направление психотерапии. Здесь психотерапевт занимает по отношению к пациенту позицию инструктора, тренера. Свою задачу психотерапевт поведенческого направления видит в том, чтобы подбирать пациенту правильные «стимулы», добиваясь от него необходимой «реакции». Болезнь при этом понимается как неадаптивная поведенческая программа, и чтобы вылечить ее, поведение пациента необходимо «перепрограммировать» в более адаптивные формы. Этой цели служат разработанные в рамках поведенческой психотерапии и, как правило, проверенные в условиях эксперимента, многочисленные технические приемы. В процессе лечения психотерапевт дает пациенту указания, инструкции, предлагает ему выполнять определенные упражнения, нацеленные на устранение нежелательных симптомов или выработку желательных поведенческих навыков, контролирует правильность выполнения этих упражнений. При этом от пациента требуется, прежде всего, исполнительность и добросовестность в выполнении инструкций врача.

Наиболее видными представителями когнитивно-бихевиорального направления психотерапии являются Дж.Вольпе (ЮАР), Б.Скиннер (США), А.Лазарус (ЮАР), А.Бандура (США), А.Бек (США), А.Эллис (США), М.Эриксон (США), Р.Бендлер и Дж.Гриндер (США).

Экзистенциально-гуманистическое (феноменологическое) направление психотерапии также сложилось к середине XX века. Его основоположником

принято считать американского психолога Карла Роджерса. Общей чертой всех экзистенциально-гуманистических течений в психотерапии является субъективно-идеалистический подход к пониманию человеческой психики. С точки зрения этого подхода мир таков, каким мы его воспринимаем, поэтому изменение восприятия равнозначно изменению самого мира. Именно на это изменение восприятия мира, отношения к нему пациента и направлены, в первую очередь, усилия гуманистического психотерапевта. Важнейшим тезисом экзистенциально-гуманистической психотерапии является представление о том, что человек сам является хозяином своей судьбы, иначе говоря, судьба человека – это результат его сознательного или бессознательного выбора. То же самое с точки зрения гуманистического подхода можно сказать и о болезни: болезнь есть способ существования, выбранный самим пациентом, пусть даже этот выбор был сделан бессознательно. Следовательно, вылечить болезнь – значит помочь человеку осознать и изменить свой выбор. При этом считается, что в каждом человеке изначально уже заложены способности к саморазвитию и выбору оптимального способа удовлетворения своих потребностей, надо лишь помочь ему раскрыть эти способности, освободить им дорогу, создав для этого подходящие условия.

В рамках экзистенциально-гуманистического направления психотерапевт занимает по отношению к пациенту позицию равноправного партнера по общению. При этом единственным отличием психотерапевта от пациента является его *конгруэнтность*, то есть абсолютная естественность и принятие как себя, так и партнера по общению такими, какие они есть, со всеми слабостями и недостатками. Важными моментами считаются также личностная открытость психотерапевта, непосредственность и выразительность его эмоциональных реакций и отношения к клиенту (в этом гуманистическое направление прямо противоположно психоаналитическому). Считается, что если психотерапевт предстает в процессе психотерапии живым человеком, со всеми своими особенностями и недостатками, то это дает пациенту хороший пример, поощряя и его на самопринятие и самораскрытие, а кроме того, со-

здает благоприятные условия для психотерапевтического общения. Также большое значение придается стимуляции у пациента чувства ответственности за свою судьбу, в том числе и за исход психотерапии, воспитанию у него самостоятельности в решениях и поступках, поиску своего, неповторимого смысла жизни. В отличие от психоанализа с его историческим подходом, ориентированным на прошлое пациента, фокус психотерапевтической работы в рамках гуманистического направления концентрируется на событиях, происходящих в данный момент (принцип «здесь и сейчас»). В целом психотерапия в рамках феноменологического подхода понимается, прежде всего, как лечение человеческими отношениями.

Наиболее известными представителями экзистенциально - гуманистического направления психотерапии являются К.Роджерс (США), Ф.Перлс (Германия – ЮАР – США), В.Франкл (Австрия), Я.Морено (США), Н.Пезешкиан (Германия), Р.Мэй (США), И.Ялом (США).

Клиническое (конституционально-эволюционное) направление психотерапии имеет наиболее давнюю историю из всех описываемых. Своими корнями оно уходит в середину XIX века, беря начало от исследований гипноза и разработки гипнотерапии выдающимися клиницистами того времени: Дж.Брэдом, А.Льебо, Ж.Шарко, И.Бернгеймом. Но окончательно теоретически и практически как самостоятельное психотерапевтическое направление клиническая психотерапия оформилась в первой трети XX века, благодаря работам двух выдающихся ученых и практиков – немца Эрнста Кречмера и нашего соотечественника Семена Исидоровича Консторума. Основой клинического направления психотерапии является естественно-научное, материалистическое мировоззрение, согласно которому психическая деятельность человека вторична по отношению к деятельности его организма, является результатом работы головного мозга. Исходя из этого, душа и тело человека неразрывно связаны между собой, а телесные особенности индивида находят свое выражение и в его душевных особенностях, особенностях характера. Теоретической базой данного направления является клиническая характеро-

логия Э.Кречмера и его последователей, рассматривающая характер человека как природно-обусловленное, конституциональное образование, связанное с его телосложением и так или иначе преломляющееся в процессе взаимодействия человека с окружающим миром. Болезнь представители данного направления рассматривают как неудачную защитно-приспособительную, конституционально окрашенную реакцию организма. Соответственно, целью любого лечения, в том числе и психотерапевтического – помочь организму пациента защищаться совершеннее, сделать его защитно-приспособительную реакцию более адаптивной.

В рамках клинического направления психотерапевт занимает по отношению к пациенту роль врача, то есть специалиста, берущего на себя ответственность за выбор метода психотерапии, определение показаний и противопоказаний, за возникающие осложнения и конечные результаты лечения. Важными моментами здесь являются также врачебная (а не просто общечеловеческая) забота о пациенте, сочувствие и сопереживание ему. Наконец, в клиническом подходе от психотерапевта требуется быть настоящим клиницистом, т.е. хорошо разбираться в тонкостях клинической картины болезни пациента и закономерностях ее течения, видя во всем этом проявления защитно-приспособительных реакций организма. Психотерапевты данного направления положительно относятся к сочетанию психотерапии с другими методами лечения (лекарственными, физиотерапевтическими и т.д.).

Наиболее известными представителями клинического направления психотерапии являются Дж.Брэд (Великобритания), А.Льебо (Франция), Ж.Шарко (Франция), И.Бернгейм (Франция), В.М.Бехтерев (Россия), П.Дюбуа (Швейцария), Э.Куэ (Франция), И.Шульц (Германия), Э.Кречмер (Германия), С.И.Консторум (СССР), В.Е.Рожнов (СССР), М.Е.Бурно (Россия).

#### **8.4. Подготовка психотерапевта**

Отдельные психотерапевтические приемы, так или иначе, использует в своей практике любой врач, непосредственно работающий с пациентами (в связи с этим желательно, чтобы каждый врач имел хотя бы минимальную подготовку по психотерапии). Если же психотерапию проводит специалист-психотерапевт, принято говорить о *специальной психотерапии*. Сегодня в России для того, чтобы стать врачом-психотерапевтом необходимо сначала пройти обучение по психиатрии в интернатуре, клинической ординатуре или аспирантуре, и только затем обучиться психотерапии на цикле первичной специализации, проводимом одним из имеющих на это право учреждений или факультетов последипломного образования (Приказ МЗ РФ от 16.09.2003 № 438). Таким образом, в Российской Федерации на сегодняшний день психотерапия является субспециальностью психиатрии, что не соответствует ситуации в большинстве развитых стран мира, где психотерапия является самостоятельной специальностью. Еще одним серьезным отличием подготовки психотерапевта в нашей стране от мировой практики в данной области является тот факт, что во всем мире психотерапевтов готовят по узко специализированной программе в рамках какого-либо одного психотерапевтического метода, тогда как в России подобной узкой специализации нет, и психотерапевт готовится как специалист по всей психотерапии в целом.

## **Лекция 9**

### **Суицидология**

#### **9.1. Предмет, задачи и основные понятия суицидологии**

Суицидология – это наука о самоубийстве. Поэтому начать нашу лекцию следует с определения самого понятия «самоубийство». Дело в том, что, несмотря на кажущуюся очевидность этого понятия, не все здесь обстоит так просто, и не всякая смерть от собственной руки может считаться самоубийством. Согласно принятому в суицидологии определению, самоубийство (суицид) – это сознательное намеренное лишение себя жизни. Данное определение подразумевает, что на момент совершения суицида человек должен находиться в ясном сознании и при этом иметь намерение умереть. Причем соблюдены должны быть оба этих условия одновременно. В противном случае, например, если человек находился в состоянии помраченного сознания, или если он не думал умирать, а намеревался своими действиями лишь поугубить кого-то или обратить на себя внимание, наступившая смерть не может считаться самоубийством, а должна рассматриваться как несчастный случай. Однако на практике далеко не во всех случаях смерти, наступившей от собственных действий погибшего, удастся ретроспективно с точностью определить наличие вышеописанных критериев, вследствие чего квалификация рода смерти остается на усмотрении того, кто расследует ее причины (обычно это сотрудник правоохранительных органов). Данное обстоятельство оказывает существенное влияние на статистику самоубийств.

Далее мы должны остановиться на другом важном для суицидологии понятии – «суицидальное поведение». Суицидальным поведением называется совокупность всех форм поведения, связанных с представлением о лишении себя жизни. Именно суицидальное поведение и является основным предметом суицидологии. Выделяют несколько форм суицидального поведения, которые подразделяются на внешние и внутренние.

Внутренние формы суицидального поведения – это такие его проявления, которые не видны окружающим, т.е. происходят в душе человека. К ним относятся суицидальные мысли, суицидальные замыслы и суицидальные намерения. Суицидальными мыслями называются пассивные мысли о самоубийстве, не сопровождающиеся конкретными представлениями о путях его

совершения («...жить так больше невозможно, надо как-то покончить с собой...»). Суицидальные замыслы – более определенные представления о самоубийстве, сопровождающиеся продумыванием конкретных обстоятельств и способа его совершения, составлением суицидального плана. В случае суицидальных намерений к замыслам добавляется волевой компонент, т.е. начинается целенаправленная, незаметная для окружающих подготовка к суицидальному акту.

Внешние формы суицидального поведения – это такие его проявления, которые становятся заметны окружающим. К ним, в первую очередь, относятся суицидальные попытки и завершённые суициды. Суицидальная попытка – это манипулирование средствами лишения себя жизни с целью совершения самоубийства, не закончившееся смертью. Завершённые суициды – те же действия, но закончившиеся смертельным исходом. Обычно вышперечисленные внутренние и внешние формы суицидального поведения развиваются последовательно, в описанном порядке: суицидальные мысли – суицидальные замыслы – суицидальные намерения – суицидальные действия (попытка или завершённый суицид). Развитию суицидального поведения в некоторых случаях может предшествовать появление так называемых антивитальных переживаний, т.е. мыслей о желательности смерти, но пока еще без определенного представления о самоубийстве («...хорошо бы умереть, уснуть и не проснуться...»).

В развитии суицидального поведения принято выделять несколько периодов. Первый из них – пресуицидальный период (пресуицид). Это период от появления первых суицидальных мыслей до суицидальных действий. Продолжительность пресуицидального периода может быть различной и варьирует от нескольких минут, часов или дней (так называемый острый пресуицид) до нескольких месяцев или лет (хронический пресуицид). Выделяют два типа пресуицида – аффективно - напряженный и аффективно - редуцированный. Первый характеризуется высокой интенсивностью эмоциональных переживаний, ярко выраженными поведенческими проявлениями и обычно но-

сит острый характер. Вторым отличаются низкая интенсивностью эмоций, скупость поведенческих проявлений и, как правило, пролонгированное течение. Следует отметить, что риск летального исхода суицидальных действий выше при аффективно-редуцированном типе пресуицида, поскольку в этом случае суицидальный акт лучше продумывается и более тщательно готовится.

Вторым периодом суицидального поведения – периодом суицидальных действий, проявляющийся завершённым суицидом или суицидальной попыткой. Суицидальные попытки, в свою очередь, подразделяются на истинные и демонстративно-шантажные. Истинными называются такие суицидальные попытки, при которых суицидент действительно имеет намерение лишиться себя жизни, но в силу тех или иных причин это ему не удастся. Что же касается демонстративно-шантажных попыток, то они не преследуют цели лишения себя жизни, а направлены на привлечение к себе внимания или изменение неблагоприятной ситуации в свою пользу. Строго говоря, демонстративно-шантажные суицидальные попытки не должны относиться к суицидальному поведению, поскольку желание лишиться себя жизни здесь отсутствует. Однако их все-таки причисляют к суицидальным проявлениям, поскольку в некоторых случаях демонстративно-шантажное суицидальное поведение тоже может заканчиваться летально вследствие неосторожного «переигрывания». Кроме того, многие авторы отмечают, что на практике далеко не всегда возможно различить истинные и демонстративные суицидальные попытки, поскольку сам суицидент не всегда до конца отдает себе отчет в том, хочет ли он в действительности умереть, и его отношение к самоубийству может быть двойственным: он может и думать о смерти, и, в то же время, еще надеяться, что ситуация, вызвавшая суицидальное поведение, как-то изменится в его пользу.

В том случае, если суицидальные действия не закончились летальным исходом, наступает третий период суицидального поведения – постсуицидальный период (постсуицид). Его продолжительность составляет примерно полгода после суицидальной попытки. На протяжении постсуицидального

периода происходит постепенное восстановление социально-психологической адаптации суицидента, которая может, в конце концов, установится как на том же уровне, что и до суицидального поведения, так и на более низком, или наоборот, более высоком уровне. В постсуицидальном периоде, в свою очередь, выделяют три подпериода: ближайший постсуицид, ранний постсуицид и поздний постсуицид. Ближайший постсуицид продолжается на протяжении первой недели после суицидальной попытки, ранний постсуицид – с начала второй недели до конца первого месяца после суицидальной попытки, поздний постсуицид – последующие 4 – 5 месяцев.

Ближайший постсуицид характеризуется преобладанием, прежде всего, различных соматических последствий суицидальной попытки. В то же время, в этом периоде отмечается очень важное психологическое явление – феномен «раскрытия». Данный феномен состоит в том, что суицидент в этот период открыто выражает свое отношение к совершенной суицидальной попытке и откровенно рассказывает о ее причинах. В дальнейшем, через несколько дней, суицидент может «закрыться» и начать скрывать или намеренно искажать указанную информацию. Поэтому в суицидологии очень важным считается установить психотерапевтический контакт с суицидентом уже в первые дни после суицидальной попытки.

К периоду раннего постсуицида происходит формирование типа постсуицидального периода. Выделяют четыре его типа: критический, аналитический, суицидально-фиксированный и манипулятивный. Критический постсуицид характеризуется тем, что суицидальный конфликт, ставший причиной суицидальной попытки, утратил свою актуальность. Суицидент при этом относится к совершенной суицидальной попытке негативно, испытывает по поводу нее чувство вины и стыда, раскаивается в совершенном. Суицидальные тенденции у него отсутствуют. Это прогностически наиболее благоприятный тип постсуицида, вероятность повторных суицидальных покушений здесь минимальна.

При аналитическом типе постсуицида суицидогенный конфликт сохраняет свою актуальность для суицидента и после совершенной попытки. Отношение суицидента к попытке при этом также негативное, он осознает, что это не выход из ситуации, а потому пытается найти из нее какой-то другой выход. Суицидальные тенденции здесь также отсутствуют. Однако, учитывая сохраняющуюся актуальность суицидогенного конфликта, существует вероятность, что через некоторое время суицидальные переживания могут вновь актуализироваться и суицидальное покушение будет повторено. Поэтому лица с аналитическим постсуицидом нуждаются в активной психотерапевтической помощи, которая в данном случае может оказываться и в амбулаторных условиях.

В случае суицидально-фиксированного постсуицида суицидогенный конфликт также сохраняет для суицидента свою актуальность. Суицидальные тенденции при этом сохраняются, но иногда могут скрываться от окружающих. Нередко суицидент сожалеет, что его спасли и не испытывает раскаяния в совершенной суицидальной попытке. А в некоторых случаях даже пытается скрыть сам факт суицидальной попытки, утверждая, например, что принял большую дозу снотворных не с целью самоубийства, а «чтобы хорошо выспаться». Данный тип постсуицида является прогностически наиболее неблагоприятным, при нем сохраняется высокая вероятность повторных суицидальных покушений. По этой причине лица с суицидально-фиксированным постсуицидом по возможности должны переводиться из соматического стационара для дальнейшего долечивания в психиатрический стационар.

Наконец, в случае манипулятивного постсуицида актуальность суицидогенного конфликта после суицидальной попытки уменьшается, но за счет ее влияния на психотравмирующую ситуацию. Суицидент при этом осознает, что именно суицидальная попытка стала причиной изменения ситуации в его пользу, и его отношение к совершенной попытке становится рентабельным, т.е. он стремится «выжать» из нее максимум выгоды для себя. При подобном типе

постсуицида высока вероятность совершения в будущем повторных суицидальных попыток демонстративно-шантажного типа, особенно в аналогичных обстоятельствах. По этой причине лица с манипулятивным постсуицидом нуждаются в психотерапевтической коррекции их личностных установок.

Итак, мы рассмотрели предмет и важнейшие понятия суицидологии. Теперь коротко поговорим о ее практических задачах. Основной задачей суицидологии как области науки и практики является профилактика самоубийств и снижение их частоты в населении. Эта глобальная задача требует для своего решения реализации следующих подзадач: 1) изучение причин, проявлений и закономерностей формирования суицидального поведения; 2) разработка методов выявления суицидального поведения; 3) разработка методов оказания психотерапевтической и лекарственной помощи лицам с суицидальным поведением; 4) организация и проведение массовых мероприятий по профилактике самоубийств в населении.

## **9.2. Теоретическая концепция суицидального поведения**

Существует множество различных теоретических концепций суицидального поведения, но в нашей стране наиболее признанной является концепция, разработанная в 70-е – 80-е годы XX столетия научной школой под руководством известного отечественного психиатра-суицидолога Айны Григорьевны Амбрумовой. Согласно этой концепции, суицидальное поведение представляет собой проявление социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею социального конфликта. Под социально-психологической дезадаптацией понимается нарушение нормального приспособления личности к жизни в обществе и к межличностным отношениям, а также нарушение ее психологического равновесия. В соответствии с рассматриваемой концепцией, социально-психологическая дезадаптация может протекать на двух разных уровнях – непатологическом и патологическом. Непатологический уровень проявляется отклонениями в поведении и переживаниях,

не сопровождающимися психопатологической симптоматикой. Иными словами, это психологически понятные эмоциональные переживания, временно «выбивающие человека из колеи». Патологический уровень дезадаптации проявляется отклонениями в поведении и переживаниях в виде оформленных психопатологических синдромов.

В своем развитии процесс социально-психологической дезадаптации проходит две стадии. Первая стадия – предиспозиционная – охватывает проявления дезадаптации до момента возникновения суицидального поведения. Вторая стадия – суицидальная – начинается с момента возникновения суицидального поведения. Процесс дезадаптации не обязательно доходит до суицидальной стадии, он может остановиться и на предиспозиционной стадии с последующим восстановлением адаптации. Но и в случае наступления суицидальной стадии дело не обязательно должно дойти до суицидальных действий, процесс может остановиться на стадии суицидальных мыслей, замыслов или намерений.

В основе социальной дезадаптации лежит конфликт. Этот конфликт может быть охарактеризован по разным своим признакам. Во-первых, он может быть межличностным либо внутриличностным. Во-вторых, он может быть реальным, т.е. возникать в сфере реальных человеческих отношений, либо патологическим, т.е. быть связанным с психопатологическими переживаниями индивида (бредом, галлюцинациями и др.) и не иметь никаких причин в реальности. Конфликт обычно захватывает одну из сфер жизнедеятельности индивида (семейную, любовную, производственную, сферу состояния здоровья, коммунальную, административно-правовую и т.д.). Однако в некоторых случаях, зарождаясь в какой-либо одной сфере жизнедеятельности, конфликт может генерализовываться, т.е. распространяться на другие сферы и включать в себя новый круг лиц. Конфликт, лежащий в основе суицидального поведения, носит название суицидогенного.

Перейдем к конкретным проявлениям различных уровней социально-психологической дезадаптации. Непатологический ее уровень может прояв-

ляться так называемыми непатологическими суицидоопасными ситуационными реакциями. Выделяют четыре такие реакции: реакция эгоцентрического переключения, реакция психалгии, реакция переживания негативных интерперсональных отношений и реакция отрицательного баланса. Рассмотрим эти реакции по порядку.

Реакция эгоцентрического переключения возникает при внезапных психотравмирующих событиях, вызывающих у человека сильное эмоциональное потрясение, таких как тяжелое оскорбление, неожиданное известие о тяжелой потере, внезапное крушение планов и т.п. Развивается она остро, пресуицидальный период, т.е. время от зарождения суицидальных мыслей до суицидальных действий, длится всего несколько минут. Сознание при этом аффективно сужается, и мысль о суициде вытесняет из сознания все другие мысли. Для совершения суицида в таких случаях используется первое попавшее под руку средство (лежащий рядом нож, ближайшее окно, любое находящееся поблизости отравляющее вещество и т.д.). Суицидальная попытка совершается немедленно, нередко прямо на глазах у окружающих. Вероятность летального исхода при данной реакции невысока, поскольку суицидальное покушение не готовится и не планируется, что позволяет окружающим людям вовремя остановить суицидента. Когда же напряженность эмоциональных переживаний спадает, суицидальные намерения, как правило, уходят, и наступает критический постсуицид. Повторные суицидальные покушения для данной реакции не характерны.

Реакция психалгии возникает при серьезных эмоциональных утратах, таких как разрыв отношений, смерть близкого человека и т.п. Развивается она подостро, пресуицидальный период длится несколько дней или недель. Основным содержанием реакции психалгии является ощущение мучительной душевной боли, связанной с переживаемой утратой. При этом внешне эта боль может почти не проявляться, наблюдается лишь некоторое ограничение общения индивида с окружающими. Суицидальные покушения при данной реакции совершаются на высоте душевной боли и характеризуются доста-

точно высокой степенью серьезности. Основным мотивом суицидальных действий при этом является желание избавиться от мучающей человека душевной боли. Вероятность летального исхода при реакции психалгии достаточно высока, возможны повторные суицидальные покушения.

Реакция переживания негативных интерперсональных отношений возникает в ситуации тяжелого межличностного конфликта, связанного с тяжелой обидой, унижением, несправедливым отношением к индивиду, ущемлением его в правах и т.п. Она обычно носит пролонгированный характер, пре-суицид при этом длится недели или месяцы. Характерна идеаторная фиксация на переживаниях, связанных с межличностным конфликтом, лежащим в основе данной реакции. Человек не может отвлечься от мыслей о психотравмирующей ситуации, порой думает о ней день и ночь, из-за чего плохо спит ночами. Преобладающими эмоциями при этом являются обида, гнев, желание отомстить обидчику. Суицидальные действия при данной реакции совершаются по механизму трансформации гетероагрессии в аутоагрессию, т.е., не имея возможности выплеснуть агрессию на обидчика или считая это морально недопустимым, человек оборачивает эту агрессию на себя самого, отреагируя ее в форме суицидальных действий. Вероятность летального исхода суицидальных действий при реакции переживания негативных интерперсональных отношений средняя, повторные суицидальные покушения здесь не слишком характерны.

Реакция отрицательного баланса возникает в объективно неразрешимых или неизбежно ухудшающихся ситуациях, например, неизлечимые смертельные заболевания, одинокая старость с перспективой прогрессирующего одряхления и т.п. Содержанием этой реакции является подведение жизненных итогов. Суицидальное решение принимается человеком на основании представлений о бесперспективности или мучительности дальнейшей жизни. Суицидальные замыслы и намерения скрываются от окружающих и обычно никак не проявляются в поведении будущего суицидента. Данная реакция протекает на эмоционально холодном фоне, суицидальный акт при этом тща-

тельно продумывается и готовится (так называемый рациональный, или «холодный» суицид). Нередко перед совершением суицида человек аккуратно приводит в порядок все свои дела, делает имущественные распоряжения и т.д. Вероятность летального исхода суицидальных действий при реакции отрицательного баланса крайне высокая, в случае неудачного суицидального покушения весьма высока вероятность повторных покушений.

Следует отметить, что каждая из вышеописанных непатологических суицидоопасных реакций имеет сродство с определенными типами человеческих характеров. Так, реакция эгоцентрического переключения наиболее характерна для взрывных эпилептоидов, в несколько меньшей степени – для астеников. Реакция психалгии присуща, в первую очередь, циклоидам, нередко также встречается у астеников. Реакция переживания негативных интерперсональных отношений характерна для торпидных эпилептоидов, в несколько меньшей степени – для истериков и ананкастов. Наконец, реакция отрицательного баланса в наибольшей степени присуща шизоидам, а также психастеникам и ананкастам. В то же время, описанные закономерности не являются абсолютными, и теоретически любая из вышеописанных реакций может возникнуть у человека с любым складом характера.

Что же касается патологического уровня социально-психологической дезадаптации, то он, как уже указывалось, проявляется развернутыми психопатологическими синдромами. При этом наибольшей суицидоопасностью характеризуются такие психопатологические синдромы, как депрессивный, дисфорический, синдром галлюциноза с вербальными галлюцинациями суицидального содержания и параноидный синдром с галлюцинаторно-бредовыми феноменами суицидального содержания. Перечисленные синдромы изучаются в курсе психиатрии, а потому специально останавливаться на них мы не будем.

Вне зависимости от причин и уровня социально-психологической дезадаптации, суицидальное поведение имеет для личности самого суицидента определенный смысл. По этому признаку выделяют пять основных мотивов,

или категорий личностного смысла суицидального поведения: протест, призыв, избегание, самонаказание и отказ. Суицидальное поведение типа протеста направлено на то, чтобы суицидальным актом выразить свое несогласие с чем-то или отомстить кому-то. Суицидальное поведение типа призыва имеет целью привлечение внимания к своим проблемам или вызывание сочувствия к себе. Суицидальное поведение типа избегания призвано помочь суициденту избежать угрозы, страданий или позора, кажущихся ему страшнее самой смерти. В случае суицидального поведения типа самонаказания индивид суицидальным актом стремится наказать себя за те или иные ошибки, аморальные поступки или грехи (реальные, то есть действительно имевшие место в жизни данного человека, либо мнимые, связанные с психопатологическими переживаниями). Наконец, суицидальное поведение типа отказа направлено на самоуничтожение индивида в связи с утратой им смысла жизни (опять-таки, связанной с реальными жизненными обстоятельствами, либо обусловленной психопатологическими переживаниями). Следует отметить, что серьезность суицидальных покушений и вероятность их летального исхода при перечисленных мотивах суицидального поведения последовательно возрастает от минимальной при мотиве протеста до максимальной при мотиве отказа.

### **9.3. Эпидемиология суицидального поведения**

В современном мире самоубийство представляет собой весьма распространенное явление. В настоящее время ежедневно на Земле кончают с собой около двух с половиной тысяч человек, ежегодно – около миллиона. При этом с годами частота самоубийств в населении непрерывно нарастает. Что же касается суицидальных попыток, то их частота превышает частоту завершенных суицидов примерно в 30 раз. В развитых странах самоубийство в качестве причины смертности населения занимает одно из ведущих мест, уступая по данному показателю лишь сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям. Следует отметить, что в развитых странах с высоким уровнем

жизни частота самоубийств значительно выше, чем в развивающихся странах с низким уровнем жизни. Возможно, это связано с тем, что население развитых стран, привыкшее жить в комфортных условиях, менее стрессоустойчиво, чем население развивающихся стран, привыкшее к постоянной борьбе за выживание. Впрочем, не исключена и роль других факторов, например, уровней коллективизма и индивидуализма в общественном сознании.

Российская Федерация относится к числу мировых лидеров по частоте самоубийств в населении, наряду с другими странами бывшего Советского Союза. В последние годы уровень завершенных суицидов в нашей стране колеблется возле отметки 30 случаев на 100 тысяч населения в год, в то время как, согласно критериям ВОЗ, уровень суицидов, превышающий 20 на 100 тысяч населения считается критическим. При этом смертность от самоубийств в нашей стране в 1,5 раза превышает смертность от убийств и почти в 2 раза – смертность от дорожно-транспортных происшествий. Следует отметить, что в большинстве стран мира уровень самоубийств выше среди городского населения, тогда как в России и других странах бывшего СССР – среди сельского. Возможно, это связано с крайне высоким уровнем алкоголизации сельского населения в нашей стране.

В северном полушарии частота самоубийств возрастает от южных широт к северным. В течение года максимум частоты суицидов приходится на май-июнь, минимум – на ноябрь-декабрь. Мужчины совершают завершённые самоубийства в 4 – 6 раз чаще женщин, тогда как суицидальные попытки представители обоих полов совершают примерно с одинаковой частотой. Частота завершённых суицидов растет прямо пропорционально возрасту, в то время как частота суицидальных попыток достигает максимума в подростковом и юношеском возрасте. При этом суицидальные покушения подростков и юношей редко заканчиваются летально, поскольку чаще всего бывают направлены на разрешение той или иной житейской ситуации и совершаются на фоне еще довольно сильной в этом возрасте тяги к жизни.

Уровень суицидов обнаруживает сильную положительную связь с уровнем алкоголизации населения, что хорошо можно проследить по данным многолетней статистики. Так, уровень суицидов в Советском Союзе в период небезызвестной противоалкогольной реформы конца 80-х годов снизился в несколько раз по сравнению с предыдущими годами, а после ее окончания вновь круто пошел вверх. Что же касается состояния психического здоровья суицидентов, то по этому показателю вся их совокупность распределяется в пропорции 1,5:5:1, где 1,5 – это больные тяжелыми психическими расстройствами, 5 – лица, страдающие пограничными психическими расстройствами и 1 – психически здоровые лица. При этом частота суицидов среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами выше, чем в целом в населении примерно в 10 раз, при некоторых же, наиболее суицидоопасных заболеваниях – даже в несколько десятков раз.

Самым распространенным способом завершеного суицида является повешение, на втором по частоте месте стоит отравление, на третьем – падение с высоты. Что же касается способов суицидальных попыток, то среди них лидирует отравление, на втором месте – вскрытие вен, на третьем – также падение с высоты. Возможно, приведенные распределения связаны с разной степенью летальности перечисленных способов, поскольку при повешении смерть наступает в течение секунд или минут, тогда как, например, при отравлении – в течение нескольких часов или даже нескольких суток, что оставляет возможность для спасения суицидента.

Удмуртская Республика относится к числу российских регионов с неблагоприятной суицидологической ситуацией, занимая по частоте суицидов среди всех субъектов Российской Федерации место в начале второго десятка. Уровень завершеного суицидов в Удмуртии в последние годы колеблется возле отметки 50 на 100 тыс. населения в год, что более чем в 1,5 раза выше среднефедеративного уровня.

С точки зрения профилактики самоубийств большое значение имеет понятие фактора суицидального риска. Данное понятие отражает тот или иной

признак индивида, повышающий вероятность совершения им самоубийства. Все факторы суицидального риска подразделяются на несколько групп: социально-демографические, медицинские, климато-географические, этнокультуральные, личностно-психологические, статусные. К социально - демографическим факторам относятся мужской пол, пожилой возраст, семейный статус разведенного или вдового (в особенности у мужчин), отсутствие работы, тяжелое материальное положение, проживание в сельской местности, низкий уровень образования. К сожалению, к числу социально-демографических факторов суицидального риска относится и профессия врача, в особенности психиатра, анестезиолога и стоматолога. Медицинскими факторами суицидального риска являются психические расстройства (в особенности шизофрения, МДП, наркологические заболевания, психопатии и реактивные депрессии), а также тяжелые хронические соматические заболевания, особенно с заведомо плохим прогнозом. К климато-географическим факторам риска относятся проживание в северных широтах, весенне-летний период года и жаркая погода. Этнокультуральными факторами риска являются принадлежность к некоторым этническим группам, таким как эскимосская, самодийская, алеутская и финно-угорская, а также к культурам, для которых характерно положительное отношение к суициду (традиционные национальные культуры индейцев и эскимосов Северной Америки, индусов, японцев).

К числу личностно-психологических факторов риска относится ряд повышающих вероятность суицида личностных черт, а именно: низкая толерантность к эмоциональным нагрузкам; чрезмерный максимализм, категоричность в суждениях, полярность в оценках; недостаточные способности к общению; неадекватная (заниженная, лабильная или завышенная) самооценка; слабость механизмов психологической защиты. Что же касается статусных факторов суицидального риска, то к ним относится ряд психических состояний, на фоне которых чаще всего совершаются самоубийства. Это депрессия, параноидный синдром с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями суицидального содержания, описанные в предыдущем разделе данной

лекции суицидоопасные ситуационные реакции, а также состояние алкогольного опьянения. Об алкогольном опьянении как статусном факторе суицидального риска следует сказать особо. Само по себе простое типичное алкогольное опьянение не сопровождается суицидальным поведением. Суицидальные проявления при алкогольном опьянении возникают либо в случае его атипичности (что бывает, например, у лиц с психопатиями), либо в случае сочетания опьянения с другими статусными факторами суицидального риска. Так, при депрессии алкогольное опьянение усиливает тоску и, тем самым, провоцирует суицидальное поведение. Кроме того, алкогольное опьянение уменьшает страх перед суицидальным актом, так что человек, в трезвом состоянии только размышляющий о суициде, выпив, может решиться на него. Недаром статистика показывает, что около половины всех завершённых суицидов в нашей стране совершается в состоянии алкогольного опьянения.

#### **9.4. Особенности суицидального поведения при различных психических расстройствах**

Как уже указывалось, психические расстройства относятся к числу наиболее значимых факторов суицидального риска. В связи с этим целесообразно подробнее остановиться на особенностях суицидального поведения при некоторых, наиболее суицидоопасных психических расстройствах. К числу таких расстройств относятся шизофрения, маниакально-депрессивный психоз (биполярное или монополярное аффективное расстройство), наркотические заболевания, психопатии (расстройства личности), эпилепсия и реактивная депрессия.

При шизофрении суицидальное поведение нередко имеет психопатологическую обусловленность, т.е. бывает связано с бредом и галлюцинациями. Чаще всего больные шизофренией прибегают к обычным, «общепринятым» способам суицида, но иногда для суицидальных покушений они могут использовать и необычные, причудливые способы, порой даже с конструированием специальных механических приспособлений (гильотин, станков-

самострелов и т.д.). Суицидальный риск при шизофрении достаточно высок – в 32 раза выше, чем у психически здоровых людей. При этом суицидальное поведение особенно характерно для первых лет заболевания, пока еще нет выраженных апатико-абулических проявлений, делающих больного равнодушным и, за счет этого, не склонным к суицидальным переживаниям.

При маниакально-депрессивном психозе суицидальное поведение возникает в период депрессивных фаз. Обычно оно бывает связано с характерными для эндогенной депрессии идеями самообвинения и самоуничтожения, а также с пессимистическим видением больным своего будущего. Суицидальные покушения чаще совершаются в начале депрессивной фазы или на выходе из нее, когда в меньшей степени, чем в разгар депрессии, выражена психомоторная заторможенность, препятствующая каким-либо действиям больного, в том числе и суицидальным. Изредка при эндогенной депрессии возможен так называемый расширенный суицид, когда больной, прежде чем покончить с собой, убивает близких людей, желая избавить их от грядущих мучений, которыми, по мнению больного, наполнено их будущее. Суицидальный риск при МДП еще более высок – в 48 раз выше, чем у психически здоровых людей.

У лиц, страдающих психопатиями, суицидальное поведение возникает в период декомпенсаций, как правило, на почве реальных межличностных конфликтов. При этом возбудимые, шизоидные и гипотимные психопаты склонны к истинным суицидальным покушениям, тогда как истерические и неустойчивые – к демонстративно-шантажным. В силу характерной для психопатов хронической социальной дезадаптации, у них часто отмечается склонность к повторным, многократным суицидальным попыткам, а суицидальный риск сохраняется примерно на одном уровне на протяжении всей жизни.

При наркологических заболеваниях суицидальные действия могут совершаться либо в состоянии опьянения, либо в состоянии абстиненции. При этом в состоянии опьянения чаще совершаются демонстративно-шантажные

суицидальные покушения, а в состоянии абстиненции – истинные. Суицидальное поведение в рамках наркологических заболеваний возможно лишь до момента формирования у больного выраженной деградации личности, делающей его равнодушным к каким-либо проблемам и потому не склонным к самоубийству. В целом суицидальный риск при наркологических заболеваниях оценивается как умеренный.

Больные эпилепсией совершают суицидальные покушения на фоне дисфорических состояний или после тяжелых межличностных конфликтов. При этом они нередко выбирают особо жестокие, калечащие или кровавые способы суицида, что связано с присущей больным эпилепсией дисфоричностью. Суицидальному поведению при эпилепсии могут способствовать также изменения личности в виде эмоциональной ригидности и обидчивости. В целом, однако, суицидальный риск при эпилепсии умеренный, поскольку для многих больных данным заболеванием характерно подчеркнуто бережное отношение к своему здоровью, противодействующее суицидальному поведению.

При реактивной депрессии суицидальное поведение чаще всего бывает связано с характерными для данного заболевания сверхценными идеями собственной вины. Больные, как правило, используют «традиционные» способы суицида. Суицидальный риск при реактивной депрессии очень высок и оценивается как в 100 раз более высокий, чем у психически здоровых людей. Возможно, это связано с тем, что для реактивной депрессии не характерна столь выраженная психомоторная заторможенность, какая наблюдается при эндогенной депрессии. После минования реактивной депрессии суицидальные переживания у перенесшего ее человека полностью исчезают.

### **9.5. Профилактика самоубийств**

Профилактика самоубийств подразделяется на первичную, вторичную и третичную. Первичная профилактика состоит в предотвращении развития суицидального поведения как такового. Вторичная профилактика включает-

ся в предотвращении суицида у лиц с уже развившимся суицидальным поведением. Наконец, задачами третичной профилактики является предотвращение повторных суицидальных покушений у лиц, совершивших суицидальную попытку, а также оказание психотерапевтической помощи родным и близким человека, погибшего от самоубийства.

Первичная профилактика самоубийств требует разработки и проведения специальных государственных программ, координирующих деятельность разных служб и организаций в данной области. Мероприятия по первичной профилактике включают в себя, во-первых, широкомасштабную антисуицидальную пропаганду с помощью средств массовой информации, а также методов санитарно-просветительной работы. Во-вторых, первичная профилактика подразумевает целенаправленную работу с группами населения, отличающимися высоким суицидальным риском (одинокие пожилые люди, инвалиды, малообеспеченные слои населения, больные тяжелыми соматическими заболеваниями и т.д.). Такая работа должна включать в себя как психологическую, так и чисто практическую, социальную помощь данным категориям населения. Немаловажным является также выявление среди них людей с уже имеющимися проявлениями суицидального поведения.

Вторичная и третичная профилактика самоубийств осуществляется, главным образом, посредством психотерапевтической помощи и лекарственного лечения суицидоопасных состояний. При этом проведение ее среди больных тяжелыми психическими расстройствами является задачей психиатрической службы и осуществляется лечащими врачами-психиатрами и иным персоналом данной службы. Что же касается психически здоровых людей и людей, страдающих пограничными психическими расстройствами, то проведение вторичной и третичной суицидологической профилактики среди них является задачей специализированной суицидологической службы. Необходимость в организации такой службы обусловлена, с одной стороны, большой распространенностью суицидального поведения, так что одной только психиатрической службе с таким объемом работы не справиться. С другой же

стороны, психически здоровые люди и люди с пограничными психическими расстройствами, как правило, не хотят обращаться в психиатрические учреждения даже в кризисных состояниях, не желая принимать на себя роль психически больного.

Традиционно структура специализированной превентивной суицидологической службы включает в себя три звена: телефон доверия, кабинеты социально-психологической помощи и кризисный стационар. Телефон доверия предназначен для оказания экстренной психотерапевтической помощи людям в кризисных и суицидоопасных состояниях. На таком телефоне дежурят специально подготовленные врачи-психотерапевты и клинические психологи, отвечающие на звонки людей, нуждающихся в неотложной психотерапевтической помощи. При этом телефон доверия функционирует круглосуточно, без праздников и выходных, чтобы обеспечить максимальную доступность помощи для населения.

Кабинеты социально-психологической помощи представляют собой амбулаторное звено суицидологической службы. В них ведут прием врачи-психотерапевты, клинические психологи и специалисты по социальной работе. Такие кабинеты могут открываться как при поликлиниках общесоматической сети, так и при различных немедицинских учреждениях (центры социального обслуживания, психологические консультации, центры занятости населения и т.д.). Пациенты обращаются в такие центры очно, однако у них при этом не требуют документов, подтверждающих личность, т.е. прием является анонимным. Это необходимо, чтобы устранить у пациентов возможный психологический барьер, связанный со страхом огласки их проблем и возможного психиатрического учета. В то же время, в кабинетах социально-психологической помощи не выдаются никакие справки и больничные листы, чтобы избежать обращения пациентов с какими-либо рентными установками (оправдать прогул на работе, уйти от уголовного наказания, уклониться от службы в армии и т.п.).

Третье звено превентивной суицидологической службы – кризисный стационар. Он предназначен для тех людей, которым для предотвращения суицида необходимо временное удаление из психотравмирующей ситуации. Кризисный стационар относится к психотерапевтическим стационарам. Но открывается он в структуре непсихиатрических лечебно-профилактических учреждений, чтобы после выписки из него у пациента в больничном листе не значилось, что он лечился в психиатрической больнице. Психиатрический диагноз, если таковой выставлялся пациенту, в больничном листе также не указывается. Анонимным лечение в кризисном стационаре быть уже не может, поэтому здесь необходимо предъявление документов, подтверждающих личность. После выписки из кризисного стационара пациент некоторое время продолжает наблюдаться в кабинете социально-психологической помощи.

Подобная модель суицидологической службы впервые была разработана и опробована в Москве в конце 70-х годов прошлого века, и с тех пор распространилась по многим регионам нашей страны, таким образом, став общепринятой. К сожалению, в Удмуртской Республике из всех звеньев суицидологической службы на сегодняшний день функционирует только телефон доверия, что, конечно, является недостаточным для полноценной профилактики суицидов среди населения республики.

## **ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ**

**К лекции 1 «Общие представления о медицинской психологии. Предмет и задачи медицинской психологии».**

1. Медицинская психология является разделом:
  - а) общей психологии;

- б) специальной (прикладной) психологии;
  - в) это самостоятельный раздел, не относящийся ни к общей, ни к прикладной психологии.
2. Предметом медицинской психологии является:
- а) физиологические основы психической деятельности;
  - б) психологические явления в медицине;
  - в) патологические изменения психики.
3. К разделам медицинской психологии не относится:
- а) патопсихология;
  - б) нейропсихология;
  - в) социальная психология;
  - г) психосоматика.
4. Основоположником клинической психологии как специальности является:
- а) Уитмер;
  - б) Рибо;
  - в) Фрейд;
  - г) Бехтерев.
5. Основоположником мировой патопсихологии является:
- а) Крепелин;
  - б) Рибо;
  - в) Фрейд;
  - г) Зейгарник.
6. Основоположником мировой нейропсихологии является:
- а) Кречмер;
  - б) Рибо;
  - в) Лурия;
  - г) Выготский.
7. Создателем современной психосоматики считается:
- а) Александер;
  - б) Кречмер;
  - в) Фрейд;
  - г) Мясищев.
8. Первый в истории метод психологической терапии неврозов создал:
- а) Рибо;
  - б) Мясищев;
  - в) Бехтерев;
  - г) Фрейд.

9. Первый в истории учебник по медицинской психологии написал:
- а) Фрейд;
  - б) Кречмер;
  - в) Бехтерев;
  - г) Блейлер.
10. Клинический психолог – это специалист:
- а) с высшим медицинским образованием;
  - б) с высшим психологическим образованием;
  - в) имеющий два высших образования – медицинское и психологическое.

### **К лекции 2 «Психические процессы».**

1. К психическим процессам не относится:
- а) восприятие;
  - б) память;
  - в) эмоции;
  - г) эйдетизм.
2. Психический процесс, состоящий в отражении объективной реальности в виде целостных образов, называется:
- а) восприятием;
  - б) ощущением;
  - в) мышлением;
  - г) сознанием.
3. Психический процесс, состоящий в отражении наиболее значимых свойств предметов и явлений, а также связей между ними, называется:
- а) восприятием;
  - б) памятью;
  - в) мышлением;
  - г) сознанием.
4. Психический процесс, состоящий в отражении наиболее общего отношения индивида к предметам и явлениям объективной реальности, называется:
- а) восприятием;
  - б) мышлением;
  - в) сознанием;
  - г) эмоциями.
5. Процесс объединения отдельных ощущений в целостный чувственный образ называется:

- а) синестезией;
  - б) восприятием;
  - в) сенсорным синтезом;
  - г) представлением.
6. К уровням развития человеческого мышления не относится:
- а) абстрактно-логическое мышление;
  - б) оригинально-творческое мышление;
  - в) конкретно-образное мышление;
  - г) наглядно-действенное мышление.
7. Радость относится к числу эмоций:
- а) положительных стенических;
  - б) положительных астенических;
  - в) отрицательных стенических;
  - г) отрицательных астенических.
8. К этапам волевого акта не относится:
- а) формирование влечения (потребности);
  - б) осознание влечения (потребности) и формирование желания;
  - в) эмоциональное предвосхищение выполнения желания;
  - г) борьба мотивов.
9. К свойствам сознания не относится:
- а) объем сознания;
  - б) порог сознания;
  - в) ясность сознания;
  - г) эстетичность сознания.
10. Структурными компонентами интеллекта являются:
- а) предпосылки интеллекта, собственно интеллект, интеллектуальный инвентарь;
  - б) внимание, память, мышление;
  - в) счет, абстрагирование, комбинаторные способности.

### **К лекции 3 «Психические состояния».**

1. Основными психическими состояниями человека являются:
- а) радость, гнев, грусть;
  - б) бодрствование, сон, гипноз;
  - в) нормальное психическое состояние, патологическое психическое состояние.
2. Бодрствование подразделяется на:
- а) активное и пассивное;

- б) явное и латентное;
  - в) полное и частичное.
3. Медленный сон электрофизиологически выражается:
- а) в нарастании синхронизации колебаний электрических потенциалов нейронов;
  - б) в нарастании десинхронизации колебаний электрических потенциалов нейронов;
  - в) в чередовании периодов синхронизации и десинхронизации колебаний электрических потенциалов нейронов.
4. К функциям медленного сна не относится:
- а) общий отдых организма;
  - б) консолидация следов памяти;
  - в) восстановление иммунитета путем активации Т-лимфоцитов;
  - г) отреагирование накопленных за день психоэмоциональных стрессов.
5. Человек испытывает сновидения:
- а) во время медленного сна;
  - б) во время быстрого сна;
  - в) в обеих фазах сна.
6. Гипноз – это:
- а) особое психическое состояние, условно занимающее промежуточное положение между сном и бодрствованием;
  - б) особая фаза сна;
  - в) процесс психологического воздействия одного человека на другого.
7. Объективными признаками первой стадии гипноза, называемой сомнолентностью, является все перечисленное, за исключением:
- а) снижение мышечного тонуса;
  - б) глубокое и ровное дыхание;
  - в) расслабленная и неподвижная поза;
  - г) явления каталепсии (восковидной гибкости).
8. Объективными признаками второй стадии гипноза, называемой гипотаксией, является все перечисленное, за исключением:
- а) положительные и отрицательные галлюцинации;
  - б) явление каталепсии (восковидной гибкости);
  - в) пассивная подчиняемость;
  - г) частичная постгипнотическая амнезия.
9. При гипнотическом сомнамбулизме наблюдаются все перечисленные явления, за исключением:
- а) активная подчиняемость;

- б) внушенные галлюцинации;
- в) возрастная регрессия;
- г) явления каталепсии (восковидной гибкости).

10. Медицинское использование гипноза связано, в первую очередь, со следующим его свойством:
- а) повышенная внушаемость человека, находящегося в гипнотическом состоянии;
  - б) понижение мышечного тонуса во время сомнолентности;
  - в) повышение мышечного тонуса во время гипотаксии;
  - г) нормализация артериального давления во время гипноза.

#### **К лекции 4 «Клиническая психология личности»**

1. Личность – это:
  - а) совокупность динамических свойств психики индивида;
  - б) система социально значимых психических свойств индивида;
  - в) совокупность устойчивых стереотипов поведения и психических реакций индивида.
2. Характер – это:
  - а) совокупность динамических свойств психики индивида;
  - б) система социально значимых психических свойств индивида;
  - в) совокупность устойчивых стереотипов поведения и психических реакций индивида.
3. Тип характера человека формируется:
  - а) к возрасту пяти лет;
  - б) к возрасту завершения полового созревания;
  - в) это врожденное свойство личности.
4. Людям с циклоидным характером присущи следующие качества:
  - а) синтонность, естественность, экстравертированность;
  - б) напряженность эмоций и влечений, прямолинейность, авторитарность;
  - в) застенчивость, истощаемая раздражительность, впечатлительность;
  - г) тревожные сомнения, вялые эмоции, утрированная склонность к самоанализу.
5. Людям с эпилептоидным характером присущи следующие качества:
  - а) синтонность, естественность, экстравертированность;
  - б) напряженность эмоций и влечений, прямолинейность, авторитарность;
  - в) застенчивость, истощаемая раздражительность, впечатлительность;

- г) тревожные сомнения, вялые эмоции, утрированная склонность к самоанализу.
6. Людям с астеническим характером присущи следующие качества:
- а) синтонность, естественность, экстравертированность;
  - б) напряженность эмоций и влечений, прямолинейность, авторитарность;
  - в) застенчивость, истощаемая раздражительность, впечатлительность;
  - г) тревожные сомнения, вялые эмоции, утрированная склонность к самоанализу.
7. Людям с психастеническим характером присущи следующие качества:
- а) педантизм, склонность к ритуалам, любовь к систематизирующей деятельности;
  - б) эгоцентризм, художественность, высокая внушаемость;
  - в) застенчивость, истощаемая раздражительность, впечатлительность;
  - г) тревожные сомнения, вялые эмоции, утрированная склонность к самоанализу.
8. Людям с истерическим характером присущи следующие качества:
- а) педантизм, склонность к ритуалам, любовь к систематизирующей деятельности;
  - б) эгоцентризм, художественность, высокая внушаемость;
  - в) застенчивость, истощаемая раздражительность, впечатлительность;
  - г) тревожные сомнения, вялые эмоции, утрированная склонность к самоанализу.
9. Людям с ананкастическим характером присущи следующие качества:
- а) педантизм, склонность к ритуалам, любовь к систематизирующей деятельности;
  - б) эгоцентризм, художественность, высокая внушаемость;
  - в) замкнутость, интровертированность, своеобразие интересов;
  - г) тревожные сомнения, вялые эмоции, утрированная склонность к самоанализу.
10. Людям с шизоидным характером присущи следующие качества:
- а) педантизм, склонность к ритуалам, любовь к систематизирующей деятельности;
  - б) эгоцентризм, художественность, высокая внушаемость;
  - в) замкнутость, интровертированность, своеобразие интересов;
  - г) тревожные сомнения, вялые эмоции, утрированная склонность к самоанализу.

1. Внутренняя картина болезни – это:
  - а) психологические механизмы формирования симптомов болезни;
  - б) субъективно-психологическая сторона заболевания;
  - в) совокупность патоморфологических изменений, характерных для данного заболевания.
  
2. Внутренняя картина болезни включает в себя все перечисленные компоненты, за исключением:
  - а) сенсорного;
  - б) аффективного;
  - в) когнитивного;
  - г) социального.
  
3. Характеристика сензитивного типа отношения к болезни:
  - а) «уход в болезнь», желание, чтобы все только о тебе и заботились;
  - б) поведение по типу «раздражительной слабости»;
  - в) настороженность и недоверие медперсоналу, приписывание своих осложнений их злему умыслу и т.д.;
  - г) желание скрыть болезнь от окружающих из-за страха негативной оценки и т.д.;
  - д) активные депрессивные высказывания.
  
4. Эргопатический тип отношения к болезни описывается как:
  - а) полное безразличие к своей судьбе, к своей болезни, результатам лечения;
  - б) активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях;
  - в) уход от болезни в работу, даже при тяжести болезни и страданиях стремление во что бы то ни стало работу продолжить;
  - г) сосредоточение на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях, стремление постоянно рассказывать о них окружающим, на их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней;
  - д) удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения, активно-депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей.
  
5. Меланхолический тип отношения к болезни описывается как:
  - а) полное безразличие к своей судьбе, к своей болезни, результатам лечения;
  - б) активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях;

- в) уход от болезни в работу, даже при тяжести болезни и страданиях стремление во что бы то ни стало работу продолжить;
  - г) сосредоточение на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях, стремление постоянно рассказывать о них окружающим, на их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней;
  - д) удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения, активно-депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей.
6. Ипохондрический тип отношения к болезни описывается как:
- а) полное безразличие к своей судьбе, к своей болезни, результатам лечения;
  - б) активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях;
  - в) уход от болезни в работу, даже при тяжести болезни и страданиях стремление во что бы то ни стало работу продолжить;
  - г) сосредоточение на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях, стремление постоянно рассказывать о них окружающим, на их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней;
  - д) удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения, активно-депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей.
7. Анозогнозический тип отношения к болезни описывается как:
- а) полное безразличие к своей судьбе, к своей болезни, результатам лечения;
  - б) активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях;
  - в) уход от болезни в работу, даже при тяжести болезни и страданиях стремление во что бы то ни стало работу продолжить;
  - г) сосредоточение на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях, стремление постоянно рассказывать о них окружающим, на их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней;
  - д) удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения, активно-депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей.
8. Характеристика тревожного типа отношения к болезни
- а) непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни;
  - б) чрезмерная озабоченность впечатлением, которое болезнь может произвести на окружающих;

- в) удрученность болезнью, неверие в выздоровление;
  - г) сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях;
  - д) выставление напоказ своих страданий с целью завладения вниманием.
9. Апатический тип отношения к болезни описывается как
- а) полное безразличие к своей судьбе, к своей болезни, результатам лечения;
  - б) активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях;
  - в) уход от болезни в работу, даже при тяжести болезни и страданиях стремление во что бы то ни стало работу продолжить;
  - г) сосредоточение на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях, стремление постоянно рассказывать о них окружающим, на их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней;
  - д) удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения, активно-депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей.
10. Психологическими принципами взаимодействия с пациентами в состоянии тревожности являются:
- а) давать больше информации о состоянии здоровья;
  - б) давать меньше информации о состоянии здоровья;
  - в) игнорировать проявление тревожности у пациента;
  - г) активизировать пациента на борьбу с болезнью.

## **К лекции 6 «Психология неврозов»**

1. По своей этиологии неврозы относятся к группе заболеваний:
  - а) психогенных;
  - б) наследственных;
  - в) интоксикационных;
  - г) полиэтиологических.
2. Основными проявлениями неврастения являются:
  - а) физическая утомляемость, психическая истощаемость, вегетативная лабильность, общая гиперестезия;
  - б) функциональные очаговые двигательные, чувствительные и висцеро-вегетативные нарушения;
  - в) различные навязчивые феномены (страхи, мысли, желания, действия);
  - г) стойко пониженное настроение, подавление физиологических влечений, идеи самообвинения.

3. Основными проявлениями истерии являются:
  - а) физическая утомляемость, психическая истощаемость, вегетативная лабильность, общая гиперестезия;
  - б) функциональные очаговые двигательные, чувствительные и висцеро-вегетативные нарушения;
  - в) различные навязчивые феномены (страхи, мысли, желания, действия);
  - г) стойко пониженное настроение, подавление физиологических влечений, идеи самообвинения.
  
4. Неврозы обычно развиваются в результате психических травм:
  - а) тяжелых и острых;
  - б) нетяжелых, но длительных (месяцы, годы);
  - в) как тех, так и других.
  
5. Сущность механизма психологической защиты типа вытеснения состоит:
  - а) в приписывании другим собственных проблем или недостатков;
  - б) в неверии в неприятную для себя информацию;
  - в) в забывании неприятной для себя информации;
  - г) в возвращении к детским формам поведения.
  
6. Сущность механизма психологической защиты типа проекции состоит:
  - а) в приписывании другим собственных проблем или недостатков;
  - б) в неверии в неприятную для себя информацию;
  - в) в забывании неприятной для себя информации;
  - г) в возвращении к детским формам поведения.
  
7. Сущность механизма психологической защиты типа рационализации состоит:
  - а) в приписывании другим собственных проблем или недостатков;
  - б) в неверии в неприятную для себя информацию;
  - в) в поиске оправданий для собственных проблем или ошибок;
  - г) в склонности уходить от эмоциональных переживаний в рассуждения.
  
8. К неврозу приводит конфликт:
  - а) осознаваемый межличностный;
  - б) неосознаваемый межличностный;
  - в) осознаваемый внутриличностный;
  - г) неосознаваемый внутриличностный.
  
9. Истерический тип внутриличностного конфликта по В.Н.Мясищеву состоит:

- а) в противоречии между желаниями человека и его долгом или моральными принципами;
- б) в противоречии между притязаниями человека и его нежеланием учитывать требования объективной реальности;
- в) в противоречии между требованиями человека к себе и его объективными возможностями;
- г) ни в чем из перечисленного.

10. Обсессивно-психастенический тип внутриличностного конфликта по В.Н.Мясищеву состоит:

- а) в противоречии между желаниями человека и его долгом или моральными принципами;
- б) в противоречии между притязаниями человека и его нежеланием учитывать требования объективной реальности;
- в) в противоречии между требованиями человека к себе и его объективными возможностями;
- г) ни в чем из перечисленного.

#### **К лекции 7 «Психосоматика».**

1. Термин «психосоматика» ввел в употребление:

- а) Гейнрот;
- б) Фрейд;
- в) Адлер;
- г) Александер.

2. Автором концепции «специфического конфликта» в психосоматике является:

- а) Данбар;
- б) Фрейд;
- в) Адлер;
- г) Александер.

3. Конверсионные расстройства – это:

- а) функциональные локальные соматические и неврологические нарушения, возникающие по механизму бессознательного самовнушения;
- б) соматовегетативный компонент различных психопатологических синдромов;
- в) органические соматические заболевания, развивающиеся под влиянием психотравмирующих факторов;
- г) ничто из перечисленного.

4. Соматизированные расстройства – это:

- а) функциональные локальные соматические и неврологические нарушения, возникающие по механизму бессознательного самовнушения;

- б) соматовегетативный компонент различных психопатологических синдромов, вышедший на первый план в клинической картине;
  - в) органические соматические заболевания, развивающиеся под влиянием психотравмирующих факторов;
  - г) ничто из перечисленного.
5. Психосоматические заболевания – это:
- а) функциональные локальные соматические и неврологические нарушения, возникающие по механизму бессознательного самовнушения;
  - б) соматовегетативный компонент различных психопатологических синдромов;
  - в) органические соматические заболевания, развивающиеся под влиянием психотравмирующих факторов;
  - г) ничто из перечисленного.
6. К числу классических психосоматозов не относится:
- а) нейродермит;
  - б) бронхиальная астма;
  - в) язвенная болезнь;
  - г) хронический панкреатит.
7. К патогенетическим механизмам психосоматических заболеваний относятся:
- а) хроническая гиперстимуляция одного или обоих отделов вегетативной нервной системы;
  - б) стойкие эндокринные сдвиги, сопровождающие хронические эмоциональные нарушения;
  - в) локальные нарушения микроциркуляции вследствие хронического нейрогенного спазма артериол;
  - г) снижение общего иммунитета при некоторых хронических эмоциональных нарушениях;
  - д) все перечисленное;
  - е) ничего из перечисленного.
8. К психосоматическим заболеваниям предрасполагает следующее состояние механизмов психологической защиты личности:
- а) их выраженность, хорошая развитость;
  - б) их слабость, недоразвитость;
  - в) состояние механизмов психологической защиты не имеет значения с точки зрения вероятности развития у человека психосоматического заболевания.
9. Человека с высоким уровнем алекситимии отличают следующие особенности:
- а) ему трудно описать собственные эмоции;

- б) ему трудно различать эмоции и телесные ощущения;
- в) у него бедная фантазия;
- г) у него снижена способность к абстрагированию;
- д) верно все перечисленное;
- е) верно все, кроме пункта г.

10. Человек с эпилептоидным складом характера из всех психосоматических заболеваний наиболее предрасположен:
- а) к язвенной болезни и неспецифическому язвенному колиту;
  - б) к нейродермиту и бронхиальной астме;
  - в) к гипертонической болезни и ИБС;
  - г) к ревматоидному артриту и тиреотоксикозу;
  - д) ни к чему из перечисленного.

### **К лекции 8 «Психологические основы психотерапии»**

1. Психотерапия – это:
  - а) терапия психических расстройств;
  - б) лечение болезней (как психических, так и соматических) психологическими методами;
  - в) лечение с помощью гипноза;
  - г) то же, что психоанализ;
  - д) правильно б и г.
  
2. К формам психотерапии не относится:
  - а) групповая психотерапия;
  - б) игровая психотерапия;
  - в) семейная психотерапия;
  - г) индивидуальная психотерапия;
  - д) психотерапевтическая среда и психотерапевтическое сообщество.
  
3. Суггестивная психотерапия основана на механизме:
  - а) внушения;
  - б) разъяснения;
  - в) научения;
  - г) самоанализа;
  - д) ни на одном из перечисленных.
  
4. Поведенческая психотерапия основана на механизме:
  - а) внушения;
  - б) разъяснения;
  - в) научения;
  - г) самоанализа;
  - д) ни на одном из перечисленных.

5. Рациональная психотерапия основана на механизме:
- а) внушения;
  - б) разъяснения;
  - в) научения;
  - г) самоанализа;
  - д) ни на одном из перечисленных.
6. Методика систематической десенсибилизации применяется для лечения:
- а) obsessions;
  - б) конверсионных расстройств;
  - в) фобий;
  - г) соматизированных расстройств.
7. При лечении неврозов в качестве этиологического метода используется:
- а) суггестивная психотерапия;
  - б) поведенческая психотерапия;
  - в) аналитическая психотерапия;
  - г) рациональная психотерапия;
  - д) ни один из перечисленных методов.
8. Метод биологической обратной связи относится к:
- а) суггестивной психотерапии;
  - б) рациональной психотерапии;
  - в) телесно-ориентированной психотерапии;
  - г) поведенческой психотерапии.
9. К стадиям групповой динамики в процессе групповой психотерапии не относится:
- а) стадия конфликтов и протеста;
  - б) стадия конструктивно работающей группы;
  - в) стадия формирования подгрупп;
  - г) стадия ориентации и зависимости;
  - д) стадия развития сплоченности.
10. В рамках клинического направления психотерапии в качестве причины болезней рассматривается:
- а) внутриличностное столкновение чисто психических, независимых от тела сил и энергий;
  - б) неправильная, дезадаптивная поведенческая программа;
  - в) бессознательный выбор человеком болезни в качестве способа и смысла своего существования;
  - г) неудачная защитно-приспособительная, конституционально окрашенная реакция организма.

## К лекции 9 «Суицидология».

1. К внешним формам суицидального поведения относятся:
  - а) суицидальные мысли;
  - б) суицидальные замыслы;
  - в) суицидальные намерения;
  - г) суицидальные попытки;
  - д) правильно в и г.
  
2. Аффективно-редуцированный пресуицид обычно имеет течение:
  - а) острое;
  - б) затяжное;
  - в) не имеет предпочтительного типа течения.
  
3. Постсуицид, для которого характерно негативное отношение суицидента к совершенной им суицидальной попытке при сохраняющейся актуальности суицидогенного конфликта называется:
  - а) критическим;
  - б) аналитическим;
  - в) суицидально-фиксированным;
  - г) манипулятивным.
  
4. Непатологическая суицидоопасная ситуационная реакция типа эгоцентрического переключения характеризуется всем перечисленным, за исключением:
  - а) возникает при внезапных психотравмирующих событиях, вызывающих у человека сильное эмоциональное потрясение;
  - б) развивается остро;
  - в) характеризуется аффективным сужением сознания на суицидальных переживаниях;
  - г) сопровождается тщательной подготовкой суицидального покушения.
  
5. Непатологическая ситуационная суицидоопасная реакция, содержание которой является подведение итогов прожитой жизни, называется:
  - а) реакцией эгоцентрического переключения;
  - б) реакцией психалгии;
  - в) реакцией переживания негативных интерперсональных отношений;
  - г) реакцией отрицательного баланса.
  
6. Наибольшая вероятность летального исхода суицидальных действий отмечается в случае, если суицидальное поведение имеет мотив:
  - а) протеста;
  - б) призыва;
  - в) избегания;

- г) самонаказания;
  - д) отказа.
7. Мужчины совершают завершённые суициды чаще женщин:
- а) в 2 – 3 раза;
  - б) в 4 – 6 раз;
  - в) в 8 – 12 раз.
8. Наибольшую долю всех суицидентов составляют лица:
- а) психически здоровые;
  - б) страдающие пограничными психическими расстройствами;
  - в) страдающие тяжёлыми (психотическими) психическими расстройствами.
9. К социально-демографическим факторам суицидального риска относятся:
- а) женский пол;
  - б) молодой возраст;
  - в) семейный статус никогда не состоявшего в браке;
  - г) проживание в городе;
  - д) все перечисленное;
  - е) ничего из перечисленного.
10. В традиционную структуру превентивной суицидологической службы не входит:
- а) телефон доверия;
  - б) кабинет социально-психологической помощи;
  - в) кризисный стационар;
  - г) кабинет суицидолога при психоневрологическом диспансере.

## ОТВЕТЫ

К лекции 1: 1 – б; 2 – б; 3 – в; 4 – а; 5 – б; 6 – в; 7 – а; 8 – г; 9 – б; 10 – б.  
К лекции 2: 1 – г; 2 – а; 3 – в; 4 – г; 5 – в; 6 – б; 7 – а; 8 – в; 9 – г; 10 – а.  
К лекции 3: 1 – б; 2 – а; 3 – а; 4 – г; 5 – б; 6 – а; 7 – г; 8 – а; 9 – г; 10 – а.  
К лекции 4: 1 – б; 2 – в; 3 – б; 4 – а; 5 – б; 6 – в; 7 – г; 8 – б; 9 – а; 10 – в.  
К лекции 5: 1 – б; 2 – г; 3 – г; 4 – в; 5 – д; 6 – г; 7 – б; 8 – а; 9 – а; 10 – а.  
К лекции 6: 1 – а; 2 – а; 3 – б; 4 – б; 5 – в; 6 – а; 7 – в; 8 – г; 9 – б; 10 – а.  
К лекции 7: 1 – а; 2 – г; 3 – а; 4 – б; 5 – в; 6 – г; 7 – д; 8 – б; 9 – е; 10 – в.  
К лекции 8: 1 – б; 2 – б; 3 – а; 4 – в; 5 – б; 6 – в; 7 – в; 8 – г; 9 – в; 10 – г.  
К лекции 9: 1 – г; 2 – б; 3 – б; 4 – г; 5 – г; 6 – д; 7 – б; 8 – б; 9 – е; 10 – г.

## ЛИТЕРАТУРА

1. **Александров, А.А.** Психотерапия: Учебное пособие / А.А.Александров. – СПб.: Питер, 2004. – 480 с.
2. **Бурно, М.Е.** О характерах людей (психотерапевтическая книга) / М.Е.Бурно. – М.: Академический Проект, 2005. – 608 с.

3. **Волков, П.В.** Психологический лечебник: Руководство по профилактике душевных расстройств / П.В.Волков. – М.: РИПОЛ классик, 2004. – 480 с.
4. **Ефремов, В.С.** Основы суицидологии / В.С.Ефремов. – СПб.: «Издательство «Диалект», 2004. – 480 с.
5. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б.Д.Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
6. **Ковалев, Ю.В.** Клиническая типология и динамика тревоги при невротических расстройствах / Ю.В.Ковалев. – Ижевск: ИГМА, 2012. – 279 с.
7. **Лакосина, Н.Д.** Клиническая психология: Учебн. Для студ. мед. вузов / Н.Д.Лакосина, И.И.Сергеев, О.Ф.Панкова. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с.
8. **Менделевич, В.Д.** Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д.Менделевич. – 5-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.
9. Психосоматические расстройства в практике терапевта: руководство для врачей / под ред. В.И.Симаненкова. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 335 с.
10. **Сидоров, П.И.** Клиническая психология: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. / П.И.Сидоров, А.В.Парняков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.
11. **Старшенбаум, Г.В.** Суицидология и кризисная психотерапия / Г.В.Старшенбаум. – М.: «Когито-Центр», 2005. – 376 с.

### *Содержание*

Лекция 1. Общие представления о медицинской психологии. Предмет и задачи медицинской психологии.....	3
Лекция 2. Психические процессы.....	12
Лекция 3. Психические состояния.....	28

Лекция 4. Клиническая психология личности.....	35
Лекция 5. Психология больного.....	47
Лекция 6. Психология неврозов.....	61
Лекция 7. Психосоматика.....	76
Лекция 8. Психологические основы психотерапии.....	89
Лекция 9. Суицидология.....	112
Вопросы для самоконтроля.....	132
Литература.....	149

*Учебное издание*

**КУРС ЛЕКЦИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ  
ПСИХОЛОГИИ**

*Учебное пособие*

**Валерий Витальевич Васильев**

*В авторской редакции*

Компьютерный набор *В.В.Васильев*

Оригинал-макет *П.В.Смирнов*

Подписано в печать 15.06.2007. Формат 84×108/32.

Гарнитура “*Times New Roman*”. Усл. печ. л .... Уч.-изд. л ....

Тираж 100 экз. Зак. ....

Отпечатано в МУП “Сарапульская городская типография”

427900, г. Сарапул, ул. Раскольниково, 152