

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ЛЕКЦИЯ** к курсу «Актуальные задачи

клинической психологии при оказании медико-психологической помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»

**МОДУЛЬ 1: НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕЖОТРАСЛЕВАЯ ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ.**

**Тема 1.1. Клиническая психология в системе оказания медицинской помощи населению.**

Клиническая (гр. *kline*-постель, больничная койка) психология (гр. *ψυχή*- дух, душа; сознание+ *λόγος* -учение) в настоящем интенсивно развивающаяся отрасль современной психологии. Термин «клиническая психология» был введён Лайтнером Уитмером (США) в 1896г. В России до 1990-х годов использовался термин «медицинская психология», клиническая психология сформировалась в результате интеграции смежных дисциплин общей психологии, нейропсихологии и патопсихологии. И дополнилась психологией телесности, психосоматикой, психологией аномального развития, психологической коррекцией, психологией здоровья. Клиническая психология в РФ связана с психиатрией, психопатологией, неврологией, психофармакологией, физиологией высшей нервной деятельности, психофизиологией, общей психологией, психодиагностикой, специальной психологией и педагогикой. (Ист.: <http://www.allbest.ru/other>)

**Сферой пересечения научного и практического интереса клинической психологии и психиатрии является диагностика.** Исторически клиническая психология зародилась в недрах психиатрии как вспомогательный диагностический инструмент. Совпадающим предметом психиатрии и клинической психологии являются психические расстройства. Однако клиническая психология занимается расстройствами, которые не являются болезнями («пограничные психические расстройства»). Психиатрия делает акцент на морфо-функциональной (соматической) стороне психического расстройства, а клиническая психология акцентирует внимание на специфике психологической реальности, возникающей при психических расстройствах.

**Очевидна связь клинической психологии с психопатологией и патопсихологией.** Объект: нарушения психической деятельности патопсихология описывает как психологическую сторону психических нарушений (изменение сознания и личности); изменение основных психических процессов (восприятие, память, мышление и т.д.), а психопатология описывает психические нарушения медицинскими категориями (этиология, патогенез, симптом, синдром, динамика развития, исчезновения элементов синдрома). В концепции психоневрального параллелизма, где каждому событию в психической сфере обязательно соответствует отдельное событие на уровне центральной и периферической нервной системы, существует связь клинической психологии и неврологии

— [ **Методология обучения:** Вводная лекция. **Цель:** формирование ориентировочной основы знаний. **Задача:** раскрытие прикладных аспектов клинической психологии в медицинском обслуживании населения. Требования к лекции: конкретность содержания материала и общие теоретико-концептуальные положения методологии клинической психологии. ]

с медицинской психоневрологией. (Ист: Щелобокова Л.В. Организационные основы деятельности клинического психолога.-Саратов,2017).

**Психофармакология изучает психологические эффекты лекарственных средств и проблему плацебо-эффекта при разработке новых лекарственных соединений.** Психофизиологию и клиническую психологию совместно интересуют корреляции между физиологическими и патопсихологическими процессами. Психогигиена вместе с клинической психологией определяют факторы, противостоящие возникновению психических и соматических расстройств в уточнении критериев психического здоровья.

Связь клинической психологии со специальной психологией и педагогикой проявляется в коррекции проблемного поведения детей и подростков. (там же)

Сегодня клиническая психология является самостоятельной специальностью подготовки психологов. Однако её предмет, в зависимости от решаемых задач, в учебных пособиях всё ещё имеет три равноценных определения. Клиническая психология: это область психологической науки, изучающая частные и общие закономерности нарушений и восстановления психической деятельности при разных патологических состояниях и аномалиях развития; это область теоретической психологии, решающая фундаментальные психологические проблемы на моделях патологии психики, в условиях измененной, нарушенной психической деятельности; **это область профессиональной деятельности психологов в изучении многообразия особенностей психики человека в его отношении к здоровью и болезни.**

Теоретическая и практическая клиническая психология конкретно участвует в решении прикладных проблем, связанных с предупреждением и возникновением заболеваний, диагностикой болезней и патологических состояний, психокоррекционными формами влияния, участвует в решении различных экспертных вопросов, в социальной и трудовой реабилитации больных людей. (Ист.: <http://www.allbest.ru/otherreferats/psychology/008>). В предмете клинической психологии сегодня различают два вида задач: теоретические и практические. Теоретические задачи исследования проблем сохранения здоровья (профилактика) и практические задачи медико-психологической помощи: клинико-психологическая диагностика: клиника нозологическая диагностика (психиатрическая клиника); топическая психологическая диагностика (нейропсихология: клиника локальных поражений мозга); личностная или типологическая диагностика (группа повышенного риска; психосоматические, нервно-соматические расстройства); функциональная диагностика оценки динамики психического состояния (при терапевтическом лечении); диагностика уровня психического и интеллектуального развития (в детском и подростковом возрастах) при различных аномалиях; диагностика в целях психологической коррекции; клинико-психологическая экспертиза, а также задачи психокоррекции и реабилитации (там же).

Психологические исследования могут быть направленными на выявление общих закономерностей, и в частности направленными на изучение особенностей конкретного больного. В соответствии с этим можно выделить общую и частную клиническую психологию с разными целями. **К предмету общей клинической психологии можно отнести задачи-цели:** 1) изучение основных закономерностей психологии больного, психологии медицинского работника, психологических особенностей общения больного и врача, а также влияние психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений на состояние человека; 2) изучение психосоматических и соматопсихических взаимовлияния; 3) изучение индивидуальных особенностей (личность, характер и темперамент), эволюция человека, прохождение им последовательных этапов развития в про-

цессе онтогенеза (детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), а также эмоционально-волевые процессы; 4) изучение вопросов врачебной этики, деонтологии и врачебной тайны; 5) изучение вопросов психогигиены (психология медицинских консультаций, психология семьи), в том числе психогигиена лиц в кризисные периоды их жизни (пубертатный, климактерический), психология половой жизни; 6) изучение вопросов общей психотерапии, и её влияния на лечебный и реабилитационный процесс.

**К предмету частной клинической психологии сегодня относят задачи-цели:** 1) исследование особенностей психических процессов у психических больных; 2) исследование психики пациентов в период подготовки к хирургическим вмешательствам и в послеоперационном периоде; 3) исследование особенностей психики больных, страдающих различными заболеваниями (сердечно-сосудистыми, инфекционными, онкологическими, гинекологическими, кожными и т. д.); 4) исследование психики больных с дефектами органов слуха, зрения и т. п.; 5) исследование особенностей психики больных при проведении трудовой, военной и судебной экспертизы; 6) исследование психики больных алкоголизмом и наркоманией; 7) применение частных методов психотерапии, используемых непосредственно, или применяемых в психокоррекции.

Каждая наука и практика опирается на методологию. **Методология** (гр. *μεθoδoλoγία* – учение о методах, способах и стратегиях исследования предмета) – это система принципов и способов организации и построения теоретической и практической деятельности. Разные уровни: философский, общенаучный, конкретно-научный, которые находятся во взаимосвязи, должны рассматриваться системно. И поскольку методология тесно связана с мировоззрением, то её система предполагает интерпретацию основ исследования и его результатов с учётом идеологических взглядов. Методология клинической психологии определяется общественно-научным уровнем развития, при этом непосредственно связана с идеологической позицией исследователя, поэтому ориентирована на динамическое, когнитивно-поведенческое, гуманистическое или диалектико-материалистическое понимание личности, поведения и психопатологии. Конкретные приёмы исследования: наблюдение, эксперимент, моделирование и др. также могут реализовываться практически в разных методиках (гр. *methodos* – совокупность методов и приёмов практического выполнения), имеющих под собой разную идеологическую базу. Однако в целом клиническая психология в РФ опирается на методологию и методы общей психологии и её принципы (лат. *prīncipiūm* – начало, основание): **Принципы клинической психологии:** 1. Психика и сознание изучаются в единстве внутренних и внешних проявлений и деятельности в её конкретных, изменяющихся формах, которые являются не только объектом, но и средством психологического исследования психической деятельности.

2. Психическое и физическое не тождественно, поэтому психологическое исследование предполагает и включает физиологический анализ психологических (психофизиологических) процессов.

3. Методики психологического исследования должны опираться на социально-исторический анализ деятельности человека.

4. Психологические закономерности раскрываются в процессе развития (генетический принцип).

5. Сознательная деятельность человека материализуется в продуктах деятельности, которые исследуются психологическими методиками на основе принципа изучения конкретной личности в определённой ситуации.

6. Изучение ребёнка предусматривает включение педагогических принципов в психологические методики исследования.

7. Целью диагностического обследования должно быть раскрытие специфических психологических закономерностей (принцип индивидуализации исследования). (Ист.: <http://bookap.info/genpsy/clinpsy/g12/shtm>).

Общая психология, как все естественные науки, располагает ведущими методами изучения психологических фактов: метод наблюдения (описательный) и метод эксперимента (лабораторный), успешно используемые и клинической психологией. Современная клиническая психология дополнительно располагает большим арсеналом методов/методик исследования. Условно разделены на нестандартизированные и стандартизированные. Нестандартизированные методики (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Поляков и др.), так называемые проективные (*лат. projectio -выбрасывание вперед*), для которых характерен в большей мере целостный, глобальный подход к оценке личности, а не выявление отдельных её черт, возникшие как патопсихологические, направлены на выявление конкретных видов психической патологии, нарушающих адаптацию. В условиях психологического эксперимента в дифференцированной диагностике нестандартизированные методики используются избирательно и в соответствии с поставленной задачей обследования.

В практической деятельности клинического психолога используются также надёжные и валидные стандартизированные тесты/методики с нормализованными шкалами (оценка нормы). Стандартизированные методики по диагностической ценности уступают нестандартизированным, поэтому их применение их в клинике имеет вспомогательное значение. Адекватное использование в массовом обследовании в условиях дефицита времени ориентировано на экспресс-диагностику выявления каких-либо особенностей.

Российский врач и психолог В.Н. Мясищев отмечал, что в сложной задаче психологического исследования любая методика имеет сильные и слабые стороны. Лабораторный метод уступает клиническому наблюдению в приближённости к естественным жизненным условиям, но превосходит с методической точки зрения в анализе сравнений нормы и нарушений. **Задача психолога-исследователя и практика умело комбинировать методы и методики диагностического обследования сообразно целям исследования.** При этом любой психологический эксперимент строится на методических принципах и требует высокой квалификации клинического психолога. (Клин. психол..Уч. для врачей/Под ред.Б.Д.Карвасарского-СПб,2007; <http://bookap.info/genpsy/clinpsy/>).

Психологическое заключение составляется не только с учётом содержательного анализа способов деятельности (результатов исследования), но и характерных особенностей самого процесса выполнения заданий в целом.

Традиционным объектом клинической психологии является поведение и психическая деятельность человека (П.И.Сидоров, А.В.Парняков. Клиническая психология-М.,2002), но в последнее время произошла актуальная конкретизация объекта исследования.

**Объектом клинической** психологии является человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием (Клиническая психология/Под ред.Б.Д.Карвасарского-СПб,2007).

Клиническая психология относится к междисциплинарной области научного знания и практической деятельности, в которой пересекаются интересы медицины и психологии.

\_\_\_\_\_ **Составитель материала:** преподаватель А.Д. Набатникова.



Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ЛЕКЦИЯ** к курсу «Актуальные задачи  
клинической психологии при оказании медико-психологической  
помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»

МОДУЛЬ 1: НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕЖОТРАСЛЕВАЯ ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ.

**Тема 1.2. Клиническая психология в профессиональном мышлении врачей общей лечебной сети и деятельности медицинских психологов.**

Современные концепции о сущности болезни предполагают учет совокупности изменений, затрагивающих биологический уровень нарушений (соматические симптомы и синдромы) и социальный уровень функционирования пациента со сменой ролевых позиций, ценностей, интересов, круга общения, с переходом в принципиально новую социальную ситуацию со своими специфическими запретами, предписаниями и ограничениями. Взаимовлияние психики и соматического состояния может быть обусловлено преморбидностью (*лат. morbus-болезнь*) мышления, где выделяются саногенное и патогенное мышление. **При хронических соматических заболеваниях происходят изменения психической деятельности.** (Ист.: <https://bookap.info/genpsy/clins>)

**Саногенное мышление** (*лат. sanus-здоровый и гр. genesis-происхождение, развитие*)- это оздоравливающее мышление, направленное на управление эмоциями путем рефлексии. Понятие, предложенное психологом Ю. М. Орловым (1993) в контексте науки санологии, впоследствии переросло в теорию и практику обучения саногенному мышлению взамен патогенному, в терапию саногенным мышлением. (Ист.: <https://ru.wikipedia>.). Под **патогенным мышлением** (*гр. pathos-болезнь*) подразумеваются нарушения психической деятельности в условиях соматической болезни.

Два вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: соматогенный (вследствие интоксикации, гипоксии и других воздействий на центральную нервную систему) и психогенный, связанный с психологической реакцией личности на заболевание и его возможные последствия, влияют в зависимости от нозологии болезни. Так у больных с хронической почечной недостаточностью отмечают явления интоксикации, и на этом фоне развивается астения, а вследствие её нарастания возникают изменения в структуре познавательных процессов памяти и внимания. Происходит сужение объема внимания, нарушение процессов запечатления и хранения информации. Затем присоединяются другие изменения интеллектуальной сферы: снижается уровень аналитико-синтетической деятельности мышления с преобладанием наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим. Мыслительная деятельность начинает носить черты конкретности и ситуативности. Постепенно формируется интеллектуальная недостаточность, снижается продуктивность мышления. (Ист. Клинич. псих. Уч. для вр./Под ред. Б.Д. Карвасарского; <http://bookap.info/genp>).

\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Фиксационно-информативная лекция. **Цель:** Формирование профессиональных взглядов. **Задача:** Разъяснение опорных положений. Требования к лекции: Постановка проблемных вопросов. ]

Изменения в познавательной сфере больных с хронической почечной недостаточностью неразрывно связаны с изменениями эмоциональной сферы. В структуре астении наблюдается раздражительность со снижением контроля над эмоциональными реакциями. Психологической реакцией на осознание и переживание больным формирующейся интеллектуальной несостоятельности (в особенности на поздних этапах заболевания) становится депрессия. Могут развиваться тревожные и ипохондрические черты. (Ист.: там же)

Вынужденный отказ от привычной профессиональной деятельности, необходимость в смене профессии из-за заболевания или переход на инвалидность, превращение в объект семейной опеки, изоляция от привычного социального окружения (вследствие длительного стационарного лечения) - все это в значительной степени влияет на личность больного, у которого появляются черты эгоцентризма, повышенной требовательности, обидчивости.

**Любое тяжелое хроническое соматическое заболевание существенно изменяет всю социальную ситуацию развития человека.** Оно изменяет его возможности в осуществлении различных видов деятельности, ведет к ограничению круга контактов с окружающими людьми, приводит к смене места, занимаемого им в жизни. В связи с этим, наблюдается снижение волевой активности, ограничение круга интересов, вялость, апатичность, нарушения целенаправленной деятельности с падением работоспособности, обеднением и оскудением всего психического облика. Нарушение, возникающее первоначально в соматической сфере, вызывает психопатологические реакции, дезорганизующие личность. (Ист.: там же).

Ярким примером механизма «замкнутого круга» является реакция на боль, часто встречающаяся в клинике внутренних болезней. Под воздействием боли и хронического физического дискомфорта у пациентов с тяжелыми соматическими расстройствами развиваются разнообразные эмоциональные нарушения. Длительные аффективные состояния меняют параметры физиологических процессов, переводя организм в иной режим функционирования, связанный с напряжением адаптивных систем. Хроническое напряжение адаптивных и компенсаторных механизмов приводит к формированию вторичных соматических нарушений, когда периодическая актуализация психологических проблем, и связанных с ними длительных или интенсивных эмоциональных переживаний, приводит к соматической декомпенсации, обострению хронического соматического заболевания или формированию новых соматических симптомов.

**В отличие от острой патологии, при которой успешное лечение приводит к полному восстановлению предшествующего болезни состояния здоровья, хронические заболевания характеризуются длительно протекающими патологическими процессами без четко очерченных границ.** Пациент никогда не становится снова полностью здоровым, он постоянно, то есть хронически, болен. Больной должен быть готов к дальнейшему ухудшению своего самочувствия, продолжающемуся снижению работоспособности, смириться с фактом, что никогда не сможет делать, что хочется, как раньше. Из-за ограничений нередко оказывается в противоречии с тем, что ожидает от самого себя и тем, чего ждут от него другие. Хроническому больному в силу психосоциальных последствий функциональных ограничений (реакция семьи, уменьшение социальной сферы активности, ущерб профессиональной работоспособности и т. д.) грозит превращение в «неполноценного» человека, в инвалида. **Помочь определиться с ожиданиями больного и его окружения может клинический психолог.**

**Противодействие хроническому заболеванию оказывают две стратегии поведения: пассивная и активная.** Больной должен осознать общее изменение жизненной обстановки и попытаться активно преодолеть препятствия с помощью нового, приспособленного к заболеванию образа жизни. Однако требование «жить вместе с болезнью» легче декларировать, чем выполнять, и это приводит к тому, что многие люди реагируют на изменения своего функционирования, вызванного болезнью, психопатологическими расстройствами: страх, апатия, депрессия и др. К пассивному поведению относятся защитные механизмы: реакции преуменьшения серьезности болезни типа игнорирования, самообмана, рационализации или сверхконтроля ситуации. Однако ценность этих пассивных попыток преодоления психологических и социальных следствий при длительной болезни часто сомнительна. Более значимы активные усилия пациента по решению возникших перед ним проблем, связанных с болезнью. Больной должен стремиться к тому, чтобы смягчать вредные влияния окружающей среды и увеличивать шансы на улучшение состояния, адекватно оценивать неприятные события и факты и приспосабливаться к ним, поддерживать свой собственный положительный образ, сохранять эмоциональное равновесие и спокойные, нормальные отношения с окружающими. А это возможно, когда больной получает и усваивает необходимую информацию о болезни; ищет и находит советы и эмоциональную поддержку у специалистов, знакомых или товарищей по несчастью (группы взаимопомощи); приобретает навыки самообслуживания в определенные моменты болезни и тем самым избегает излишней зависимости; ставит перед собой новые цели, связанные с наличием заболевания, и пытается поэтапно их достигать.

**При всей сложности ведения подобных пациентов врач и психолог должны внимательно замечать и поддерживать пациентов даже в малейших попытках самостоятельного решения своих проблем.** Это необходимо как для сотрудничества в терапии, так и для попытки заново построить семейные, профессиональные отношения, а также по-новому проводить свободное время. *Нужно уметь объяснять больному возможные неудачи лечения или прояснять условия жизни, влияющие на течение болезни, когда, например, пациент с помощью близких людей успешно справляется с новой обстановкой или, наоборот, семья мешает больному сосредоточить усилия на борьбе с болезнью.* Необходимыми и ценными могут оказаться поддержка и контроль со стороны терапевтических бригад, специализирующихся на лечении хронически больных или пациентов, нуждающихся в длительном лечении (бригады для лечения опухолевых больных, больных, перенесших трансплантацию органов, и др.). (Ист.: там же).

**Психосоматические аспекты боли.** Учение о боли является одной из центральных проблем биологии, медицины и психологии. Анохин определял боль как своеобразное психическое состояние человека, обусловленное совокупностью физиологических процессов центральной нервной системы, вызванных к жизни каким-либо сверхсильным или разрушительным раздражением. В работах отечественных ученых Аствацатурова и Орбели четко сформулированы представления об общебиологическом значении боли. В отличие от других видов чувствительности болевое ощущение возникает под влиянием внешних раздражений, которые ведут к разрушению организма или угрожают этим разрушением. Боль предупреждает о грозящей человеку опасности, она является сигналом, симптомом болезненных процессов, разыгрывающихся в различных частях организма. Для медицинской практики в связи с «сигнальным» значением боли очень важной является объективная характеристика выраженности болевого

ощущения. Трудность и сложность этой оценки связаны с тем, что по своему характеру боль является субъективным ощущением, зависящим не только от величины вызывающего ее раздражителя, но и от психической, эмоциональной реакции личности на боль. Изучению условий, определяющих интенсивность болевого ощущения, посвящены многочисленные исследования. Они с убедительностью показали, что переживание боли индивидом зависит как от величины раздражения (прежде всего от его силы, длительности и качества), так и от индивидуальной реактивности организма, функционального состояния его нервной системы, в свою очередь зависящих, в том числе, и психологических факторов.

Переживание боли в обычных условиях зависит от силы и длительности болевого раздражителя. На интенсивность болевого ощущения влияет тип нервной системы, нарушения деятельности желез внутренней секреции, в частности, половых желез и др. (Ист.:<https://bookap.info/genpsy/clinpsy/gl38.shtm>).

В ряду психологических факторов большое значение в переживании в следующем: отвлечение внимания или сосредоточенность на боли; ожидание боли и эмоциональные состояния (горе, радость, гнев); особенности личности (стойкость и выносливость к боли или изнеженность и непереносимость боли); общественно-моральные установки, содержание и направленность жизненных отношений человека, определяющих его отношение к боли.

Важную роль в переживании играет ожидание боли и отношение к ней, от чего в значительной степени зависят «пределы выносливости» к боли и возможности ее преодоления. **Боль-это цельная реакция личности, выражающаяся как в субъективных переживаниях, так и в объективных переживаниях функциональности организма.** На переживания боли влияют жизненные установки человека, определяемые его отношением и условиями жизни. (Мясищев, Ананьев, Карвасарский, Бичер и др.) Французский хирург Дюпюитрен более ста лет тому назад писал: «Каково же моральное отличие тех, кого мы лечим в гражданских госпиталях, от лиц, получающих огнестрельные ранения? Военный человек привык к тому, что он должен забыть о себе и семье и что его ожидает перспектива быть искалеченным. Он считает себя счастливым, если спасет себе жизнь, теряя конечность, и поскольку он уверен в безопасности, то он мужественно, даже радостно, встречает скальпель хирурга. Но посмотрите на несчастного рабочего, фермера, ремесленника, который является единственным кормильцем большой семьи. Он подавлен страхом, его ожидает нищета, он в глубоком отчаянии, он потерял надежду. Он с сожалением соглашается на настояние хирурга. Не надо удивляться различию полученных результатов». (Ист.там же) **Как при функциональных, так и болях с органическими изменениями, важную роль играет отношение личности к боли как угрозе жизни и адаптации.** Недостаточно изучен раздел учения о *проблеме психалгии* или болей, вызванных психическим воздействием. С позиций нейрофизиологии и клинической психологии правильнее рассматривать психалгию как частный случай боли вообще. И при психалгиях сохраняет свое значение положение о том, что не существует боли, лишенной материальной основы, вне «болевого системы». Вместе с тем, клинический опыт показывает, что нередко переживание боли определяется не столько сенсорным, сколько эмоциональным компонентом реакции личности на боль. В связи с этим особое значение приобретает правильная клиническая оценка соотношения двух основных компонентов переживания боли: сенсорного и эмоционального, т.е. установление своеобразного коэффициента «психогенности боли».

\_\_\_\_\_ **Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова.

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности  
№ 1386 от 19.12.2016. Серия:48АО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ЛЕКЦИЯ** к курсу «Актуальные задачи  
клинической психологии при оказании медико-психологической  
помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»

**МОДУЛЬ 2: ОБЩЕПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.**

**Тема 2.1. Когнитивная психология и её роль в осуществлении практической деятельности клинического психолога.**

Общая психология структуру психической и личностной деятельности субъекта определяет как схему, включающую четыре основные группы психических процессов: когнитивные или познавательные (ощущение, восприятие, представление, внимание, воображение, память, мышление); волевые (акты, действия); эмоциональные (реакции, состояния); мотивационные (побуждения, поведение). Дополнительно психология актуализировала ещё две функциональные группы: регулятивные и коммуникативные процессы.

А вот с позиции адаптации (*лат. adaptare-приспосабливаться*) психические и личностные процессы классифицировали, исходя из трёх уровней жизнедеятельности: 1-й: когнитивные, эмоциональные, волевые и мотивационные процессы; 2-й: регулятивные процессы; 3-й: рефлексивные процессы. Психологи, как детективы человеческого ума, ищут улики, оставленные человеческой природой, исследуют мысли, чувства, поведение. Функционирование психики представлено мышлением как опосредованным и обобщённым познанием объективной реальности (по Рубинштейну). (Ист.: [obschaya-psihologiya/vopros-kognitiv](http://obschaya-psihologiya/vopros-kognitiv))

Человеческие мысли позволяют получить представления о физическом мире и общественном устройстве бытия людей. Решающую роль в структуре психики и деятельности людей играет познавательный компонент. В первую очередь, психику считают системой когнитивных реакций. В 50-х годах XX столетия сформировалась когнитивная (*лат. cognitio- познание*) психология как наука о человеческом разуме. **Методы когнитивной психологии:** интроспекция, наблюдение за поведением, анализ ошибок эмпирического познания (*др.-гр. εμπειρία-опыт*), снятие показаний с мозга (психофизиологические реакции), что позволяет изучать мышление человека. Ощущения, мысли, чувства, образы, возникающие в голове и фиксируемые с помощью ведения дневников, называют методом интроспекции (*лат. intros-pecto- внутрь смотреть*). Размышления как проговаривание мыслей вслух самому себе, особенно, когда рядом никого нет, это интроспекция в действии, называемая рефлексией (*лат. reflexio - назад обращение*). Способствует развитию саморефлексии, т.е. умению заглядывать внутрь себя и анализировать, как внутренние процессы, например, тревожность, неуверенность в себе, так и внешние, например, самооценку.

Когнитивная психология во многом основывается на аналогии между преоб-  
\_\_\_\_[ **Методология обучения:** Композиционная лекция(*лат.compositio-расположение и соотношение частей*). **Цель:** Формирование структурной основы знаний. **Задача:** Стимулирование профессионального аналитического мышления. Требования к лекции: Методическая обработка положений в прикладном значении. ]

разованием информации в вычислительном устройстве и осуществлением познавательных процессов в голове у человека. Познавательный, когнитивный процесс человека рассматривается как система, имеющая устройства ввода, хранения и вывода информации. Информация в когнитивной системе преобразуется, обрабатывается, кодируется, хранится, запоминается, а затем преобразуется в знание, или же забывается.

Вместе с тем, человек-это не машина, слепо и механически реагирующая на внутренние факторы или на события во внешнем мире, напротив, разуму человека доступно: анализировать информацию о реальной действительности, проводить сравнения, принимать решения, разрешать встающие перед ним задачи и проблемы. Согласно Р. Солсо, современная когнитивная психология заимствует теории и концепции из 10 основных областей исследований общей психологии: восприятие, распознавания образов, внимание, память, воображение, языковые функции и др., а также из психологии развития и психологии мышления, где решения жизненных задач рассматривается с помощью человеческого или искусственного интеллектов. Другая теория личностных конструкторов Г. Келли по сути близка к основным положениям когнитивной психологии, но автор в целом рассматривал человека как исследователя мира, стремящегося понять себя, интерпретировать окружающий мир и контролировать свою жизнь.

В настоящем когнитивная психология опирается на символический (*гр. symbolon-условный знак, примета*) и коннекционалистский (*англ. connection-соединение*) подходы. Символический рассматривает преимущественно способы оперирования символами как единицами информации (например, значение слов в речи), а коннекционалистский подход изучает виды взаимосвязи элементов в познавательной системе. Модели (*фр. modele-образец*) когнитивной психологии не строятся напрямую только на основании нейробиологических опытов, например, как даёт изображение магнитно-резонансный томограф. Одно из основных и практически ценных направлений когнитивной психологии есть изучение и интерпретация моделируемых интеллектуальных процессов. Результаты, полученные учеными этой школы, используют в возрастной психологии, психологии эмоций, психологии личности. **Когнитивная психология позволяет клиническому психологу точнее моделировать норму и нарушения психических функций человека в познании мира и самого себя.**

Продолжается изучение социальных когниций и их роли в межгрупповом взаимодействии. Работы У. Найссера и др. ученых способствовали исследованиям по экологии (*гр. oikos-обиталище*) восприятия. Сегодня экологический подход является одним из наиболее распространенных в разных науках и практиках и выступает альтернативой техническому информационному подходу в изучении человека. (Ист.:obschaya-psihologiya/vopros-kognitiv)

**Для клинической психологии важен когнитивный процесс адаптации современного человека с учётом экологии, т.е. взаимовлияния среды и личности.** Почему есть люди, которые «наступают на одни и те же грабли», повторяя жизненные ошибки адаптации? Потому, что имеют, прежде всего, ошибки собственного эмпирического мышления, так как предпочитают познавать мир наугад, способом проб и ошибок, при этом, даже не анализируя причины неудач и не делая выводов, как их избежать.

Между тем, мысли (когниции) человека всегда структурируются. Они могут сами по себе упорядочиваться в бессознательной части психики или вполне осознанно и последовательно, то есть на высоком уровне развития сознания складываться в определённую конструкцию опыта и смыслов. Неосознанное и осознанное восприятие напрямую связано с ассоциациями (*лат. associatio-*

соединение и взаимосвязь). Поступающую в мозг информацию, с помощью ассоциаций, психика укладывает кирпичиками, слой за слоем. Кирпичиками становятся категории мышления (*гр. kategoria-высказывание, свидетельство*). Скрепляющим раствором выступают суждения. **Суждение** – это форма мысли, посредством которой раскрывается понятие о наличии/отсутствии каких-либо связей или отношений между предметами (суть высказывания). Мыслительный процесс суждений образно можно представить в виде «снопов понятий». В эпоху ручного труда снопы связывали треугольниками на поле. Сейчас комбайн скашивает сено, укладывая геометрическими фигурами-символами в круглые, квадратные, цилиндрические и т.п. тюки. Так и в мышлении современного человека: информация поступает не только по волне событий, а сразу укладывается в определённые схемы-пакеты, где хранятся знания, переживания и опыт адаптации. **Особенности суждений клинический психолог интерпретирует в обследовании испытуемых, когда проводит патодиагностику** (*гр. pathos-болезнь + diagnosis-распознавание*) **клиентам/пациентам**.

Любую новую информацию человек воспринимает, опираясь на прежний интеллектуальный опыт (*лат. intellectus - понимание, познание*). Наследственно в голове имеются схемы, чтобы мыслить и создавать новые мыслеформы. Развитие жизненного опыта происходит усложнением или нагромождением схем, чему способствует самосознание человека или индивидуальное Я-личности, а в психоаналитической теории принято пользоваться термином «Эго». Эго-психология схематизацию жизненного опыта назвала сценарием. Название от сцены (*гр. skene-возвышенная площадка*), где наглядно разворачиваются события в виде заготовок-представлений, демонстрируемых окружающим с помощью Эго. Сценарий (по А. Адлеру) являет собой реализуемый жизненный план, сложившийся в опыте адаптации ребёнка к его 6-7-летнему возрасту. Сам по себе сценарий тот же план-схема с задачами, положениями вещей, главными событиями, в которых человеку предстоит участвовать, показывать себя, реализовывать потенциал. Понятие сценарий современнику известно по какому-нибудь фильму, где встречается и другое понятие-«роль». Так и в жизненном сценарии тоже прописаны определённые роли. И люди предпочитают играть свои роли в соответствии с одинаковыми сценариями, поэтому стараются жить в своей этнической группе, придерживаться определённых правил сообщества, где прописаны взаимоотношения между людьми. И порой сценарии бывают неудачными, как и вся жизнь человека. Американский врач Эрик Бёрн (1902-1970), работавший в транзакционном анализе, написал «Игры, в которые играют люди» и «Люди, которые играют в игры», где раскрыл психологию распространённых моделей взаимоотношений. (Ист.: <https://psychologist.tips/3780-zhiznennyj>).

**Чтобы изменить жизнь или судьбу, Эго-психология предлагает человеку поменять жизненный сценарий, а от клинического психолога потребуется проводить клиенту/ пациенту индивидуально-личностную психокоррекцию** (*лат. correctio – исправление*).

Когнитивная психология продолжает изучать, как организуются мыслительные процессы. Изначальный постулат в том, что каждый человек обладает креативностью (*лат. creatura-создание*) как способностью творить и создавать новое, включая решение проблем, разработку методов или устройств, художественного объекта или иной другой формы деятельности. Психологические исследования в области мотивации и научения свидетельствуют, что новизна часто является мощным стимулом, побуждающим к действию, и может вызывать у индивида большой интерес к самому себе, способствовать расширению новых возможностей. (Ист.: <https://psy.wikireading.ru/13572>). **Развитие креативности**



**у клиента/пациента является целью проведения личностной когнитивной психокоррекции.**

Творческий (креативный) процесс начинается с рассуждений, как и все жизненные решения человека. Рассуждения всегда реалистичные, целенаправлены обдумыванием и из них вытекают умозаключения и выводы. Так с помощью логики (*гр. logike-последовательность*) совершенствуется интеллект человека. Выделяют три основных способа логического рассуждения: дедукция, индукция и трансдукция. **Деду́кция** (*лат. deductio-выведение умозаключение*) как способ мышления от частного к общему. **Инду́кция** (*лат. inducere-повлечь за собой, установить*) как способ логического вывода на основе перехода от частного к общему. **Трансдукция** (*лат. trans-через + deductio-логическое умозаключение*) как способ рассуждения по аналогии в сравнении признаков нового объекта с характеристиками уже изученного/исследованного объекта. (Ист.: [https:// mydocx.ru/11-4636.html](https://mydocx.ru/11-4636.html)). Интеллект (*лат. intellectus –разумение*) является качеством психики в способности приспосабливаться (адаптироваться) к новым ситуациям, способности к обучению, к абстрагированию, к использованию человеком знаний для управления жизнью и окружающей средой. (Ист.: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Интелл>). Интеллект требует развития и постоянной тренировки в совершенствовании стратегии (*гр. strategia-искусство ведения*) решения задач. В продуктивной деятельности, по мнению исследователей, жизненные задачи решаются успешнее, когда совершается определенная последовательность мыслительных операций, чему способствуют алгоритмы (*лат. algorithmi конечная совокупность точно заданных правил решения произвольного класса задач или набор инструкций*). Технология построения алгоритмов составляет семь этапов восприятия и обработки информации: 1) распознавание задачи; 2) определение и оценка имеющихся ресурсов; 3) выработка стратегии действий; 4) организация необходимой информации; 5) распределение и использование интеллектуальных и физических ресурсов; 6) отслеживание прогресса действий; 7) оценка результата. (Ист.: <https://psy.wikireading.ru/13572>).

**Все этапы обоснованно могут составить программу личностной когнитивной психокоррекции.**

Исследователи выявили более пятидесяти различных интеллектуальных стратегий для решения новых задач. Наиболее известными стали методы групповой практической работы: «Мозговой штурм»; «Аналогия»; «Разбиение на части»; «Проверка гипотезы»; «Метод проб и ошибок»; «Исследование»; «Анализ средств и цели» и др. (Ист.: <https://psixologiya.org/razdely/razdel/2273-kognitivnaya-psixologiya.html>). Такие методы позволяют каждому участнику выработать умственные итерации (*лат. iteratio-повторение*), где совершаются оптимальные действия. В программировании итерация представляет обработку данных, при многократно повторяющихся действиях. Жизненная итерация состоит в многократно повторяющихся словах, действиях, математических знаках или иероглифах и т.п., запускающих автоматическую адаптацию выживания в среде обитания. **Когниции и итерации используются в когнитивной психотерапии, которую клинические психологи успешно применяют в разных типах коррекции или непосредственно как когнитивную психотерапию.**

Когнитивная психология участвует в программировании жизни современного человека, который решая жизненные задачи, пишет сценарии своей судьбы, а потом ещё и воплощает своё написанное, либо, пустив на самотёк, либо, напротив, целенаправленно реализует потенциал, управляя своей жизнью.

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия:48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ЛЕКЦИЯ** к курсу «Актуальные задачи

*клинической психологии при оказании медико-психологической помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»*

**МОДУЛЬ 2: ОБЩЕПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.**

**Тема 2.2. Регулятивные адаптационные процессы и клиническая психология в определении нарушений эмоционально-волевого функционирования личности.**

**По природе когнитивные процессы направлены** на познание мира, переработку информации, ориентировку в среде обитания. Все когнитивные процессы взаимодействуют и с другими эмоциональными, волевыми и мотивационными психическими процессами, каждый из которых по своему влияет на общий процесс адаптации человека. (Ист.: <https://dic.academic.ru>).

**Эмоционально-волевая регуляция адаптации человека.** Особенность психики человека в том, что существует тесная взаимосвязь эмоциональных и волевых процессов, определяющих контроль и самоконтроль человека за состояниями и над своим поведением. **Эмоции** (лат. *emovere-возбуждать, волновать*) одна из форм психического отражения в непосредственном, пристрастном переживании явлений и ситуаций, обусловленном соотношением потребностей человека с объективными свойствами предметного мира. Эмоции являются простой формой оценки реальности, и чаще проявляются неосознанно. Базовыми эмоциями (по К. Изарду) считаются: положительные (интерес, удовольствие, радость), отрицательные (отвращение, гнев, презрение, горе, стыд, вина, страх), нейтральные (удивление). **Чувства** более сложные эмоции, всегда осознаваемые и основная форма переживания человеком своего отношения к миру. Эмоции больше «привязаны» к ситуации, а чувства связаны с личностными особенностями и жизненными мотивами (лат. *motiv-побуждение*). Выделяют интеллектуальные, моральные, эстетические и практические чувства (последние связаны с ходом трудовой деятельности; от греч. *praxis-дело, занятие*). (Ист. там же)

**Клиническая психология различает понятия «эмоция», «чувство», «аффект», «настроение», «переживание».** Эмоции не имеют объектной привязки, и возникают не по отношению к кому или чему-либо, а ситуации в целом. «Мне страшно» - это эмоция, а «Я боюсь этого человека» - это уже чувство. В отличие от аффектов, эмоции могут не иметь внешних проявлений, существовать продолжительнее и по силе быть слабее, чем аффект. Кроме того, аффекты воспринимаются субъектом как состояния его «я», а эмоции - как состояния, происходящие «в нём». Особенно заметно, когда эмоции являются реакцией на аффект, например, человек испытывает страх (эмоция) за своё будущее, как реакция на только что происшедшую вспышку гнева (аффект). В отличие от настроений, эмоции могут быстро меняться и протекать интенсивно. Настроение \_\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Репродуктивная лекция (лат. *re вновь+ producer-производить, создавать*). **Цель:** Формирование базовой основы знаний. **Задача:** Разъяснение опорных понятий. Требования к лекции: Методическая обработка теоретико-концептуальных положений в прикладном значении практики. ]

более устойчиво как общее эмоциональное состояние, при этом окрашивает психические процессы и поведение, человека в течение длительного времени. Под переживаниями же обычно понимают исключительно субъективно-психическую сторону эмоциональных процессов, не включая физиологические, например: «Мои переживания касаются...» (Ист.: <https://www.grandars.ru>).

**Эмоции и чувства выполняют две основные функции: сигнальная и регулирующая.** Сигналят эмоции о том, что происходящее для человека имеет какое-то значение. В известной мере эмоции регулируют содержание поведения человека, например, создают напряженность. *В зависимости от окраски и тона выделяют две основные группы эмоций: положительные и отрицательные.* Положительные, стенические, усиливают психические возможности человека, а отрицательные, астенические, негативно влияют на деятельность, поведение, состояние. Есть также обширная сфера амбивалентных (двойственных) эмоций и чувств, с сочетанием положительного и отрицательного отношения к одному и тому же предмету, явлению, человеку. **Амбивалентность (лат. ambob+valentia-сила) эмоций и чувств часто встречается в клинической психологии как причина нарушения психического функционирования.**

Для протекания эмоциональных процессов характерны фазы нарастания психического напряжения и снятия. Однако в настоящем проблемой стали болезненные стрессовые состояния и депрессивные настроения, которые нередко приводят к клинической форме заболевания. **Депрессия (лат. deprimo-подавить)**-это психическое расстройство, выраженное в снижении настроения и утрате способности получать удовольствие (ангедония-гр. an-отсутствие +hēdonē-удовольствие). Чтобы справиться с негативными последствиями стресса или плохого настроения, человеку необходимо учиться регулировать своё психофизиологическое самочувствие. (Ист.: <https://www.grandars.ru>). На деле люди часто и необдуманно прибегают к лекарственному самолечению, чем клинически утяжеляют своё состояние. **Клиническому психологу следует проводить мотивационное консультирование клиента/пациента о своевременном лечении и психологическом настрое на выздоровление.**

**В целом волевые процессы регулируют психическую деятельность.** Воля-это сознательное регулирование человеком своего поведения и деятельности, выраженное в умении преодолевать внутренние и внешние трудности при совершении целенаправленных действий и поступков. Состояние организма регулируют активизирующая и тормозящая функции. Непроизвольные действия возникают на основе рефлексов (лат. reflexus-отражение). Простейшие: сужение и расширение зрачка, мигание, глотание и т.п., невольный поворот головы в сторону звука, выразительные движения, например, в гневе человек непроизвольно стискивает зубы, а при удивлении поднимает брови или когда чему-то радуется, то начинает улыбаться и т.д. Произвольные сознательные волевые действия больше направлены на достижение поставленной цели и для контроля психофизиологического состояния организма.

Непроизвольное и произвольное поведение людей обобщённо отражает процессы психической деятельности. Непроизвольное, импульсивное(лат. impulsus-толчок) поведение частично подвержено неосознанным реакциям, например, человек посмотрел в окно, услышав шум на улице. А также поведенческие реакции, наблюдаемые в ситуациях аффекта, когда человек находится в неконтролируемом сознанием эмоциональном состоянии. **Исследование проявления аффекта особенно важно для клинического психолога в проведении психолого-психиатрической или судебно-медицинской экспертизы.**

Ещё известно, что бывают произвольные звенья и движения, которые образовались в навыке адаптации и автоматизировались. Например, постукивание пальцами, качание ногой сознано регулировали состояние в момент мыслительной паузы, размышления, преодоления актуальной тревоги, но затем реакции стали возникать неадекватно и непроизвольно. *Клиническая психология изучила нервные тики, навязчивые действия, невроты, психосоматику и т.п. как производные последствий психотравм, выражаемые в непроизвольных автоматических реакциях.*

В настоящее время имеются попытки разработать целостную концепцию воли. Сходство мнений учёных, что волевой акт состоит: а) приложение усилий для выполнения действия; б) наличие продуманного плана осуществления поведенческого акта; в) усиленное внимание к поведению; г) направленность усилия воли не столько на победу над обстоятельствами, сколько на преодоление самого себя. Волевые действия бывают простые и сложные. В простом волевом акте побуждение почти автоматически переходит в само действие. В сложном волевом акте предшествует планирование, учёт последствий, осознание мотивов (*лат. motiv-побудительная причина*), принятие решений, возникновение намерения, составление плана действия, чтобы осуществить задуманное и т.д.

**Главная психологическая функция воли состоит в усилении мотивации и совершенствовании психосаморегуляции.** Контролируемые волевые действия отличаются от импульсивных, совершаемых непроизвольно. Проявление волевых личностных качеств: сила воли, настойчивость, выдержка, энергичность принято считать первичными, т.к. проявляются в большинстве поведенческих актов; решительность, смелость, самообладание, уверенность в себе в онтогенезе развиваются позже; ответственность, дисциплинированность, принципиальность, деловитость, инициативность, обязательность, организованность, исполнительность связаны с нравственными характеристиками личности и формируются к подростковому возрасту на базе имеющегося опыта волевых проявлений. (Ист.: <https://www.grandars.ru>).

**Воля как процесс рефлекторный по физиологической основе и типу совершения имеет также адаптационную эволюционную предпосылку, так называемый «рефлекс свободы».** У животных возникает агрессия как врожденная реакция на преодоление ограничения или при угрозе выживания. Естественно, что и человеку свойственны такие же генетические рефлексы на ограничение свободы или же, напротив, сознательное проявление сопротивления не желаемому воздействию. Сопротивление всегда носит произвольный характер, хотя и возникает на базе врождённого рефлекса. Если при угрозе жизни физиологическая реакция инстинкта (*лат. instinctus-побуждение*) самосохранения у животных и людей одинаково связана с бегством, с замиранием на месте, с мимикрией (*лат. timicry-защитное приспособление*), то сознательная человеческая реакция сопротивления имеет выраженное волевое усилие. При этом сопротивление очень избирательно по отношению к предметам, явлениям, людям. Подавление воли и сопротивления во взаимоотношениях людей влечёт не только конфликт интересов, но, порой, выходит на уровень насилия. И медицина играет в этом значительную роль, когда фармакологическими препаратами воздействует на волевые реакции субъекта. Известно, что *торможение реакции поведения избирательно вызывают некоторые лекарственные вещества, подавляющие волю.* И пока человек находится под воздействием психотропных препаратов, его воля подчинена другим людям. Длительное нахождение человека под воздействием психотропных веществ приводит к органическому поражению мозга, нервной системы и личностной психопатизации.

Препятствием самоконтролю поведения в жизни выступает ещё конкурирующая потребность. Доминирование одного мотива препятствует удовлетворения др. потребности. **Воля, будучи тесно связанной с действиями, сознанием и эмоциями, представляет самостоятельную форму психической жизни человека.** (Ист.: <http://lubovbezusl.ru/publ/samopoznanie/chuvstva/a/23-1-0-275>)

Для поддержания успешной продуктивной деятельности необходима волевая рефляция (*лат. reflation-меры, увеличивающие объём*), чтобы концентрировать внимание и длительно удерживать в поле сознания значимый объект. Интенсивность волевого усилия зависит от факторов: мировоззрение; моральная устойчивость; степень общественной значимости поставленных целей; установки по отношению к деятельности; уровень самоуправления и самоорганизации личности. (Ист.: <https://dic.academic.ru>; <https://www.grandars.ru>).

*Свобода воли и личностная ответственность* предполагают духовную свободу. Свобода воли определяется по отношению к витальным (*лат. vitalis-физическая жизнь*) влечениям и социальным (*лат. socialis-общественное устройство*) условиям жизни человека. Влечения (биологические импульсы) преобразуются в человеке под действием самосознания, определяемого духовно-нравственными координатами его личности. Человек не свободен от социальных условий, но свободен, чтобы иметь собственную позицию по отношению к ним (В. Франкл). Чувство свободы определяется тем, что человек сам должен решать, выбирать добро или зло (Ф.М. Достоевский). При этом свобода лишь одна сторона феномена личностной ответственности. Свобода личности может перейти в произвол вседозволенности, если она не переживается как необходимая ответственность (В. Франкл). (Ист.: <https://studfiles.net/hreview>). **В психокоррекции экзистенциальных проблем (души и тела) клиента/пациента для клинического психолога актуальна Логотерапия В. Франкла.**

**Самовоспитание воли** является частью совершенствования личности и должно осуществляться в соответствии с программой повышения силы воли. Исходя из самоуправления, самовоспитание включает самодетерминацию, самоинициацию, самоконтроль и самостимуляцию. Детерминация (*лат. determinare-определять*) поведения животных и людей обусловлена какими-либо причинами. Непроизвольное поведение может быть вызвано внешними раздражителями, а волевое произвольное заключается в поступке, мотивация которого находится внутри самой личности. Отсюда самодетерминация - это сложный психический процесс, вызываемый самомотивацией. Самоинициация (самомобилизация) связана с достижением цели, и осуществляется волевым импульсом, т.е. отдаваемой себе командой (внутренняя речь: слова, восклицания, самоприказы). Самоконтроль проводится с помощью сознательного, произвольным вниманием за ходом действий или своим поведением. **Формирование и развитие волевого усилия** проходит три-шесть поэтапных и последовательных стадий: 1) возникновение побуждения и постановка цели; 2) осознание имеющихся возможностей; 3) появление мотивов (за и против этих возможностей); 4) борьба мотивов и выбор; 5) принятие решения (одной возможности); 6) осуществление принятого решения. **Механизмами волевой регуляции являются восполнение дефицита побуждения при совершении волевого усилия и намеренное изменение смысла действий.** Усиление побуждения связано с эмоциональной переоценкой ценности на основе действия когнитивных механизмов. А изменение смысла обеспечивается внутренним интеллектуальным планом, который одновременно выполняет функцию сознательной регуляции поведения. (Ист.: <https://shpargalum.ru/gosudarstvennyij-ekzamen>).

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ЛЕКЦИЯ** к курсу «Актуальные задачи

*клинической психологии при оказании медико-психологической помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»*

**МОДУЛЬ 3: ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ И АКТУАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ.**

**Тема 3.1. Общие регламентирующие и специфические направления деятельности клинических психологов в медицинских учреждениях общей лечебной сети.**

**Основными направлениями практики клинического психолога являются: психодиагностика, психокоррекция и участие в психотерапевтическом процессе.** Исследуются психологические составляющие болезненного процесса: а) **внутренняя картина болезни** с позиции неудовлетворенностью какой-то сферой жизни, возможные причины ухудшения-улучшения состояния, аффективные нарушения (маскированная депрессия), продолжительный стресс; б) **отношение обследуемого к болезни и ее прогнозу** (особенности личности больного, его позиция по отношению к своему заболеванию и лечению, а также к врачам и другому медицинскому персоналу, что является существенно важным фактором успешности его реабилитации); в) **отношение к лечению**, что важно в создании у больных реалистических установок на лечение, восстановление внутрисемейных и более широких социальных связей; г) **наличие дезадаптирующих интрапсихических конфликтов**, чтобы планировать стратегию психотерапии; д) **особенности социальной компетенции**, для предотвращения дезадаптации; е) **особенности сексуальной сферы**, которая важна не только в физическом самочувствии пациента, но в сохранении супружеских отношений и семейных связей; ж) **вторичные поведенческие ограничения**, влияющие на процесс лечения, например, страх потерять работу, отсутствие времени на прохождение обследования или вторичная выгода как при истерической личностной патологии з) **личностные отклонения, влияющие на возможности лечения**, т.е. установки пациента и его личностные особенности, чтобы выявить их и использовать в целях выздоровления пациента.

**Организация психологической помощи в психиатрическом учреждении.** Работа клинического психолога включает участие в бригаде, оказывающей психиатрическую помощь. Индивидуальные задачи психолога в бригадном взаимодействии, психодиагностике, психокоррекции, семейно-супружеской и групповой работы, мероприятия по комплексному обеспечению лечебно-диагностического процесса. Экспериментально-психологическое обследование и наблюдение за пациентом протоколируется, а подлинники приобщаются к истории болезни. Заключение обсуждается на заседании бригады специалистов, осуществляющих терапию и реабилитацию. (Ист.: Клиническая психология. Уч. для врачей. <http://bookap.info/genpsy/clinpsy/>)

\_\_\_[ **Методология обучения:** Репродуктивная лекция (*лат. re вновь+ producer- производить*). **Цель:** Повышение компетентности. **Задача:** разъяснение базовых понятий. Требования к лекции: Контекст основных положений. ]



Эффективность лечебного процесса определяется многими факторами, один из которых имеет первостепенное значение—это **создание мотивации пациента на лечение. Психологические составляющие мотивации:** *ожидания пациента; уровень информированности пациента о своём заболевании; эмоциональная поддержка со стороны медперсонала и «совместимость» врача и больного (совместимость взглядов на болезнь, на методы лечения и особенности эмоционального контакта)* в той или иной мере являются предметом (содержанием) работы клинического психолога. Кроме того, клинический психолог непосредственно участвует в повышении психологической резистенции (*лат. resistere-противостоять*) медперсонала к повышенным психическим перегрузкам эмоционального общения с больными. Направление его деятельности соответствует специфике медицинского учреждения.

**Деятельность психолога в клинике акушерства и гинекологии** главным образом направлена на психологическую поддержку беременных, женщин с проблемами бесплодия, юных беременных. В данном направлении союз врача и психолога необходим и оправдан. Врач первым узнаёт о социально-психологических факторах риска нарушения протекания беременности (внебрачная беременность, конфликты в семье, проблемы психологического здоровья) пациентки и направляет женщину к психологу. Психолог принимает активное участие в работе Школы для беременных, занятия которой проводятся для беременной и членов её семьи. (Ист.: Организация работы психолога в клинике: методические материалы для клинического психолога.-Архангельск, 2004).

**Деятельность психолога в педиатрической клинике** направлена на психологическую поддержку больных детей, а также детей с ограниченными возможностями, с нарушениями развития, с поведенческими отклонениями, с эмоциональной депривацией. При помещении детей в стационар следует помнить, что дети до 2-х лет наиболее ранимые и долго (до 10 дней) адаптируются в условиях больницы. Необходима работа и с родителями, так как их эмоциональное состояние влияет на эмоциональное состояние детей. Особой поддержки требуют дети с хроническими и тяжёлыми заболеваниями, а также члены их семей. Одной из ведущих форм работы медицинского психолога выступает игровая терапия с детьми и родителями. (Ист.: так же).

**Деятельность психолога в неврологической клинике** разнообразна и предполагает владение методами нейропсихологической диагностики, методиками нейропсихологической реабилитации высших психических функций. Психолог организует процесс психологической реабилитации пациента, работу с его семьёй с привлечением к этому процессу, в случае необходимости, врача-психотерапевта и социального работника. Психолог уделяет внимание тому, чтобы предотвратить патологические личностные реакции, восстановлению активных форм вербального и невербального поведения. (Ист.: так же).

**Деятельность психолога в дермато-венерологической клинике** ориентирована преимущественно на психокоррекционную работу с пациентом и его окружением. Это связано с тем, что в развитии многих кожных заболеваний важную роль играют факторы ранней эмоциональной депривации особенностей семейных ценностей с чувством чистоплотности и внешней красоты, с наличием у пациентов алекситимии и аутоагрессивных тенденций. При этом особая роль психолога в психопрофилактике и работе с членами семьи пациентов с венерическими заболеваниями. (Ист.: так же).

**Деятельность психолога в онкологической клинике** включает психологическое консультирование больных с учётом психологических стадий болезни (шок, отрицание, бунт, протест, депрессия). Важны этапы динамики диагно-



стики и лечения (диагностический, ранняя госпитализация, предоперационный, послеоперационный, постгоспитальный периоды), работа с семьёй (обучение методам эмоциональной поддержки), создание групп эмоциональной поддержки среди пациентов. Особого внимания требует работа с персоналом онкологического учреждения (психологическая устойчивость, профотбор, просвещение, раскрывающее психологические особенности поведения онкологических больных и их реакций на ситуацию, тренинги общения и т.д.). (Ист.: так же).

**Деятельность психолога в геронтологической клинике** включает мероприятия по улучшению психологического состояния пациентов. В клинике для пожилых пациентов предпочтение отдают организации арттерапии, клубным встречам. Групповые формы психологической поддержки направлены на повышение социальной активности, преодоления социальной изоляции, проработку общих и индивидуальных психологических проблем старения. Индивидуальная работа психолога направлена на обучение принятию существующей ситуации, приобретения уверенности в себе, создание микроклимата психологической безопасности. (Ист.: так же).

Медицинский психолог в системе здравоохранения входит в профессиональную команду для организации и проведения психологических, диагностических и коррекционных мероприятий на восстановление здоровья пациентов.

При выполнении психодиагностических мероприятий клинический психолог руководствуется задачами, поставленными лечащим врачом, или собственными целями и планами по реализации индивидуальной лечебной и реабилитационной программы пациентов.

**Регламентация профессиональной деятельности медицинского психолога в сфере восстановительной медицины и реабилитации** определяется Порядком организации медицинской реабилитации, утверждённым приказом МЗ РФ от 29.12.2012г. №1705н. Медицинская реабилитация включает оценку: диагностику клинического состояния пациента; факторов риска; факторов ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; морфологических параметров и функциональных резервов организма; состояния высших психических функций и эмоциональной сферы; нарушений бытовых и профессиональных навыков; ограничения активности и участия, значимых для пациента событий частной и общественной жизни; факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса, в котором принимает участие клинический психолог методами и формами психологической помощи. (Ист.: Медицинская психология в системе здравоохранения региона. Материалы конференции (8-9 октября 2015г.) СПб.)

**Регламентация профессиональной деятельности медицинского психолога в многопрофильных стационарных и амбулаторно-поликлинической сети** изложена в ряде приложений к приказам МЗ РФ. В Приложении № 5 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утверждённому приказом МЗ РФ от 15.11.2012г. №918н, деятельность медицинского психолога направлена на решение общих задач лечения и реабилитации больных. В Приложении № 8 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология», утверждённому приказом МЗ РФ от 15.12.2012г. № 919н, медицинский психолог также действует психологическими методами в решении общих задач специфической помощи. В Приложении № 2 к Порядку оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утверждённому приказом МЗ РФ от 14.04.2015г. № 187н, введены ставки медицинского психолога с функциями общей психологической работы специфического направления.

Кроме того, в Приложении № 43 к приказу МЗ РФ от 13.08.2002г. № 254 изложены «Правила организации деятельности кабинетов медико-социально-психологической помощи», где перечислены основные функции: консультативно-диагностическая и лечебная работа; оказание пациентам медицинской, психологической и социальной помощи; психологическая и профилактическая помощь населению, участие в программах охраны психического здоровья; повышение знаний медицинских работников психоневрологического диспансера (диспансерного отделения) в области оказания психиатрической, психотерапевтической и социальной помощи лицам с психогенными психическими расстройствами; участие в оказании психологической и психиатрической помощи пострадавшим в период ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; проведение экспертизы временной нетрудоспособности. (Ист.: там же).

**Регламентация профессиональной деятельности медицинского психолога в сфере оказания специализированной помощи лицам с психическими расстройствами и наркологическими заболеваниями** соответствует изложенному в Приложении № 2 Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утверждённому приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17.05.2012г. № 566н. Действующими остаются также приказы МЗ РФ от 19.05.2000г. № 165 «О медицинском психологе в судебно-медицинской экспертизе»; от 30.12.2003г. № 623 «О совершенствовании оказания наркологической помощи несовершеннолетним»; от 27.01.2006г. № 45 «Об утверждении рекомендуемых штатных нормативов медицинского и иного персонала наркологических учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений». Содержанием работы психолога выступают общие клинические задачи лечения и реабилитации больных психологическими методами и формами.

**Регламентация профессиональной деятельности медицинского психолога в обеспечении психологической и психотерапевтической помощи** подробно изложена в Положении «Об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи», утверждённом приказом МЗ РФ от 16.09.2003г. № 438. Функции и задачи определены следующими: 1) самостоятельно осуществляет приём пациентов в соответствии с индивидуальной программой их ведения, утверждённой лечащим врачом и проводит необходимые психодиагностические, психокоррекционные, реабилитационные и профилактические мероприятия; 2) участвует в оформлении медицинской документации установленного образца; 3) повышает свою квалификацию по клинической психологии на циклах усовершенствования в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую лицензию; 4) внедряет в практику современные методы клинической психологии; 5) принимает участие в работе бригады специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь, а также разборах клинических случаев, в совещаниях, конференциях и т.п.; 6) наряду с обязательной базовой и дополнительной профессиональной подготовкой по клинической психологии, может получать в рамках компетенции национальных и международных профессиональных организаций общественную аккредитацию и общественный профессиональный статус; 7) проводит в установленном порядке экспертизу качества клинико-психологической помощи. (Ист.: т. ж)

**Опыт многих лечебных учреждений показывает, что именно совместная работа врачей и клинических психологов даёт хорошие показатели выздоровления пациентов.**

\_\_\_ **Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**  
**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности  
№ 1386 от 19.12.2016. Серия:48АО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ЛЕКЦИЯ** к курсу «Актуальные задачи

*клинической психологии при оказании медико-психологической помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»*

**МОДУЛЬ 4: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ФОРМИРОВАНИИ БОЛЕЗНИ В НОРМАЛЬНОЙ И АНОМАЛЬНОЙ МОДЕЛЯХ ЛИЧНОСТИ.**

**Тема 4.1. Обзор теорий личности и анализ концепций в прикладном значении клинической психологии.**

**Теории личности – это совокупность гипотез (предположений) о природе и механизмах развития личности.** Концепции пытаются объяснить и предсказать поведение личности. Существует много теорий, представляющих свои структуры личности. Заметное место принадлежит тем, которые выделяют две основные подструктуры эндопсихологическую (биологическую) и экзопсихологическую (социальную). (Ист.: <https://studme.org/19210426/psihologiya/>).

Основные вопросы, на которые должна ответить теория личности: 1) врожденный и приобретенный источник развития личности; 2) возрастной период формирования личности; 3) доминирующие сознательные или бессознательные психические процессы в структуре личности; 4) свобода воли и личностный контроль своего поведения; 5) субъективность и объективность внутреннего мира человека. Сегодня насчитывается около 40 теорий личности. Среди основных теорий признанными являются следующие.

1. **Аналитическая теория личности** близка к классическому психоанализу, потому что имеет с ней много общих корней. Ярким представителем является швейцарский исследователь Карл Юнг. Согласно этому подходу, личность есть общность реализованных и врожденных архетипов. Структурные единицы личного бессознательного представляют сумму чувств, мыслей и воспоминаний. Эти преобразования Юнг назвал комплексами. Наиболее значительными архетипами в теории Юнга являются: а) *персона* (роли, которые люди выполняют в соответствии с социальными требованиями со стороны окружающих); б) *тень* (подавленная, темная, животная сторона личности человека); в) *анима* (феминные качества мужчины); г) *анимус* (маскулинные качества женщины); д) *самость* (центр структуры личности, когда все противоборствующие силы внутри нее интегрируются в процессе индивидуации). Структура личности есть индивидуальное своеобразие отношений отдельных блоков сознательного и бессознательного, интровертированной или экстравертированной личностной установки.

2. **Психодинамическая теория личности** известна еще под названием «классический психоанализ». Основоположителем является Зигмунд Фрейд. В рамках этой теории, личность представляет собой совокупность агрессивных и сексуальных мотивов и защитных механизмов. В свою очередь, структура лич-

\_\_\_\_\_[ **Методология обучения:** Репродуктивная лекция (*лат. re* вновь+ *producer-* производить, создавать). **Цель:** Расширение кругозора по изучаемому предмету. **Задача:** Раскрытие прикладных аспектов клинической психологии в медицинском обслуживании населения. **Требования:** Методическая обработка теоретико-концептуальных положений в прикладном значении к практике. ]

ности являет собой различное соотношение отдельных индивидуальных свойств (Оно, Я, Сверх-я) и защитных механизмов.

3. **Гуманистическая теория личности** впервые представлена Абрахамом Маслоу. Ее сторонники считают, что личность есть внутренний мир «я» человека. А структура личности есть соотношение идеального и реального «я». (Ист.: <https://center-yf.ru/data/stat/teoriya-lichnosti.php>).

4. **Когнитивная теория личности** по своей природе близка к гуманистической теории. Основоположителем явился Джордж Келли, который считал, человек хочет знать, что с ним происходило, и будет происходить в будущем. Отсюда личность есть система познавательных конструкторов, в которых происходит обработка человеком индивидуально-личностного опыта адаптации.

5. **Деятельностная теория личности** получила наибольшее распространение в отечественной психологии. Ярким представителем является Сергей Рубинштейн, заявивший, что личность является сознательным субъектом, который занимает определенное положение в обществе и, в свою очередь, выполняет полезную для социума общественную роль. Структура личности представляет иерархию отдельных блоков (самоконтроля, направленности) и системных свойств адаптации.

6. **Поведенческая теория личности** имеет еще название «наученческая». Главный тезис этого направления гласит, что личность есть продукт учения, то есть совокупность системы социальных навыков и внутренних факторов. Структуру личности составляет иерархия социальных навыков, в которой главную роль играют внутренние блоки субъективной значимости.

7. **Диспозициональная теория личности** являет собой систему темперамента и социально обусловленных свойств. Структура построена на иерархии биологических свойств, входящих в конкретные соотношения, образуемые определенные черты характера и типы темпераментов.

8. **Современные теории личности** представляют: социодинамическую (теория поведения личности, в которой доминирующее поведение характерно именно внешней ситуации), интернационистскую (взаимодействие внутренних и внешних факторов) и теорию черт (теория типов личности, в основе которой лежит разность отдельных черт различных людей или же личностная целостность). (Ист.: <https://center-yf.ru/data/stat/teoriya-lichnosti.php>).

**На сегодняшний день сложно утверждать однозначно, какая теория является наиболее правдивой. Каждая имеет свои преимущества и недостатки.**

В практике клинической психологии актуальной в настоящее время является концепция итальянского психолога Антонио Менегетти (1936-2013), основателя онтопсихологической школы, продолжающей гуманистическую ветвь психологии. «Заниматься психологией – это значит знать внутри сущностное самодвижение психической деятельности, за любым явлением обнаруживать с максимальной точностью очевидную причину, обуславливающую определенное следствие в поведении человека. Например, какая внутренняя причина вызывает состояние тревоги, или раковую опухоль, или неудовлетворенность в реализации собственных целей?» – так писал Менегетти. Более 10 лет он занимался психотерапией и на основе этой практики сформулировал теорию онтопсихологии. (Ист.: <https://onto.ru>)

Теоретико-методологической основой для онтопсихологии являются работы Адлера, Фрейда, Юнга, Роджерса, Маслоу, Мэя и др. Онтопсихологи полагают, что в основе человеческой природы лежит строго определенный замысел, который индивида и обуславливает, своеобразие человека, создает рамки его само-

реализации. Сущность этого замысла определяется энергетическим ядром Ин-се (априорный порядок, сущность в себе), образующимся собственной волей и проявляющим себя во всех физических и психических процессах человеческого организма. Ин-се-внутренняя сторона любого действия, знания и представления человека. Оно проявляется в сознании, сомнениях, воле, неудовлетворенности, сновидениях, здоровье, болезни, симпатии, антипатии, юморе, темпераменте, инстинктах, желаниях и др. Воплощаясь в повседневной жизни, Ин-се остается трансцендентным. Его истоки в вечности, и оно всегда несет положительный заряд. Человеческое сознание должно угадать этот код природы, стать максимально адекватным ей. (Ист.: <https://mirznanii.com/a/205577/ontopsikholog>).

Когда мир вступил в 90-е г. XX столетия, то столкнулся с реальностью глобализации. Мощный технологический прогресс усилил ситуацию. В новом мире, где господствуют технологии, Менегетти удалось пробудить внимание к фигуре Человека, как личности в условиях постоянных жизненных преобразований. В начале XXI века онтопсихология (*gr.ontos-сущее+ psyche-душа*) превратилась в международную науку.

Итак, **личностью в психологии обозначается системное социальное качество, приобретаемое индивидом в предметной деятельности и общении, характеризующее уровень и качество представленности общественных отношений в индивиде.** Что же такое личность как особое социальное качество индивида? Тождество понятий «личность» и «индивид» отрицается всеми ведущими советскими психологами Б.Г. Ананьевым, А.Н. Леонтьевым, Б.Ф. Ломовым, С.А. Рубинштейном и др. Согласно отечественным учёным, личность не равна индивиду, а это особое качество, которое приобретает индивидом в обществе, в совокупности общественных отношений, в которые индивид вовлекается. Личность есть системное и поэтому «сверхчувственное» качество, хотя носителем этого качества является вполне чувственный, телесный индивид со всеми его прирожденными и приобретенными свойствами. (Ист.: <https://center-yf.ru/data/stat/teoriya-lichnosti.hp>).

**Практика клинической психологии в целом опирается на методы психотерапии. Каждый метод психотерапии базируется на личностной концепции, которая по-своему раскрывает понятие здоровой и больной личности.**

**Гуманистическая теория личности немецко-американского психолога Э. Фромма** (1900–1980) продолжила постфрейдистскую тенденцию в персонологии, уделяя особое внимание влиянию на личность социальных и культурных факторов. Автор утверждал, что пропасть между свободой и безопасностью дошла до такого предела, что сегодня одиночество, ощущение собственной незначимости и отчужденность стали определяющими признаками жизни современного человека. Определенной частью людей движет желание бегства от свободы, которое осуществляется посредством механизмов авторитаризма, деструктивности, конформности и автоматизма. Здоровый путь освобождения состоит в обретении позитивной свободы, благодаря спонтанной активности. Описал в стремлении к свободе и безопасности пять экзистенциальных потребностей, присущих исключительно человеку: 1) потребность в установлении связей; 2) потребность в преодолении препятствий; 3) потребность в корнях; 4) потребность в идентичности; 5) потребность в системе взглядов и преданности.

**Социокультурная теория личности американского психоаналитика К. Хорни** (1885–1952) отвергла постулат З. Фрейда о том, что физическая анатомия определяет личностные различия между мужчиной и женщиной. Автор утверждала, что социальные отношения между ребенком и родителями яв-

ляются решающим фактором в развитии личности. Согласно Хорни, в детстве основными являются потребности в удовлетворении и безопасности. Если поведение родителей не способствует удовлетворению потребности ребенка в безопасности, это приводит к базальной враждебности и тревоге, что является основной невротоз. Хорни описала 10 невротических потребностей с целью совладания с недостатком безопасности и беспомощностью, порожденными базальной тревогой. В отличие от здоровых людей невротики, реагируя на различные ситуации, опираются только на одну потребность. Впоследствии Хорни объединила невротические потребности в три основные стратегии межличностного поведения: ориентация «от людей», «против людей» и «к людям». У невротической личности обычно преобладает одна из них, обедняя опыт адаптации, что приводит к заболеваниям невротами.

**В гуманистической теории личности** выделяется два основных направления: «клиническое», представленное американским психологом К. Роджерсом, и «мотивационное», выдвинутое американским исследователем А. Маслоу. Между ними много общего. **Главным источником развития личности в гуманистической психологии считают врожденные тенденции к самоактуализации.** Развитие личности осуществляется в разворачивании врожденных тенденций. По К. Роджерсу, в психике человека существуют две врожденные тенденции: «самоактуализация», содержащая изначально в свернутом виде будущие свойства личности человека, и «организмическая», представляющая механизм контроля за развитием личности. На их основе возникает особая личностная структура «Я», включающая «идеальное Я» и «реальное Я». Эти подструктуры «Я» находятся в сложных отношениях от полной гармонии (конгруэнтности) до полной дисгармонии. Цель жизни, согласно К. Роджерсу, в реализации врожденного потенциала, чтобы быть «полностью функционирующей личностью», т. е. человеком, который использует все свои способности и таланты для реализации потенциала и движется к полному познанию себя и своих переживаний, следуя своей истинной природе. А. Маслоу выделил два типа потребностей, лежащих в основе развития личности: «дефицитарные» и «ростовые», т.е. развивающие, и пять уровней личностной мотивации: 1) физиологический (потребности в еде, сне и т.п.); 2) в безопасности (потребность в квартире, работе и др.); 3) в принадлежности (потребности в общении, принятии др. людьми); 4) самоуважении (потребности компетенции, достоинства и т.д.); 5) в самоактуализации (в творчестве, красоте, целостности и т. д.). Удовлетворяя низшие, человек переходит к высшим потребностям, а застревание на каком-либо уровне порождает проблемы бытия и патологию здоровья.

В целом, в гуманистической модели личности основными концептуальными «единицами» выступают: 1) «реальное Я»-совокупность мыслей, чувств и переживаний «здесь и сейчас» (Роджерс К., 1994); 2) «идеальное Я»-совокупность мыслей, чувств и переживаний, которые человек хотел бы иметь для реализации своего личностного потенциала; 3) потребности в самоактуализации - врожденные потребности, определяющие рост и развитие личности (Маслоу А., 1997).

**Основные параметры структуры личности в гуманистической психологии: многообразие отношений индивида с миром сквозь призму разнообразных деятельностей; степень иерархичности связей с миром и деятельностью; обобщенная структура связей субъекта с окружающим миром, образуемая внутренними соотношениями главных мотивов в совокупности деятельностей.** (Иср.:<https://fb./articl/3841>)

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова.

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ЛЕКЦИЯ** к курсу «Актуальные задачи

клинической психологии при оказании медико-психологической помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»

**МОДУЛЬ 5: ПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ВОЗРАСТНЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ ЦИКЛЫ ЧЕЛОВЕКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.**

**Тема 5.1: Актуально востребованные отечественные концепции психологии развития личности и основные положения в клинике деградации организма и психики человека при оказании медико-психологической помощи.**

Первые попытки системного анализа критерий психического возраста в России предпринята Л.С. Выготским. В основе учения лежит культурно-историческая концепция на базе филогенеза (*гр. phyle-племя+genesis-развитие*), где можно проследить биологическую эволюцию животного мира и историческое развитие человечества, а на базе онтогенеза (*гр. ontos-сущее*), когда обе линии развития объединяются. Человечество эволюционирует по механизмам социального наследования и усвоения опыта и знаний предыдущих поколений. По Выготскому, главная закономерность онтогенеза психики состоит в интериоризации (*лат. interior-внутренний*) ребёнком социальной структуры, опосредованной знаками, при его совместной с взрослыми внешней деятельности. Наследственная структура «натуральных» психических функций изменяется с помощью речи и других знаков, и психические функции становятся «культурными» (*лат. cultura-возделывание*). По мнению автора, для нормального психического развития ребёнка обучение должно несколько опережать его собственные возможности в «**зоне ближайшего развития**», под которой понимается разница между тем, что может делать сам и тем, что делает при помощи взрослых. Последователи учёного проиллюстрировали два уровня врождённого и приобретённого когнитивного потенциала ребёнка. Школа Выготского считает ключевой характеристикой психологического возраста «*социальную ситуацию развития*», то есть место ребёнка в системе общественных отношений, *ведущую деятельность ребёнка и возрастные новообразования* в сфере сознания и личностного развития. Процесс перехода от одной ступени к другой предполагает глубокое преобразование всех структурных компонентов психики и сопровождается противоречиями и конфликтами, то есть *возрастными кризисами*. А неравномерность темпов развития различных сторон жизни приводит к расхождению физической, психологической и социальной зрелости индивида, обуславливая акселерацию (*лат. acceleratio-ускорение*), инфантилизм (*лат. infantilis-детский*) или задержку психического развития. Д.Б. Эльконин, развивая идеи (социальная ситуация развития, ведущая деятельность и центральное возрастное новообразование), пришёл к выводу о расщеплении единого общественного процесса и операционально-технической стороны усвоения опыта, и в 1970-е г. предложил возрастную периодизацию развития психики по смене ведущей дея-

\_\_\_\_[ **Методология обучения:** Проблемно-объяснительная лекция. **Цель:** Формирование ориентировочной основы знаний. **Задача:** Разъяснение базовых понятий. Требования к лекции: Конкретность содержания материала. ]



тельности: игры (дошкольники), обучение (младшие школьники), интимно-личностное общение (подростки) и учебно-профессиональная деятельность (юноши).

Жизненные события человека рассматриваются в контексте социальной ситуации, и в норме ограничены показателем усвоения ведущего типа психической деятельности на каждом этапном возрасте личностного развития.

(Ист.: П.И.Сидоров, А.В. Парняков. Клиническая психология.- М.2004).

**Ведущая деятельность** – это значимые для общества и предпочитаемые человеком занятия на разных возрастных этапах жизни, направленные на удовлетворение его соответствующих потребностей. Любое недоосвоение каких-либо умений и навыков ведущей деятельности, в дальнейшей жизни, когда будут встречаться трудности адаптации, подталкивает личность к регрессу, т.е. происходит застревание развития, что до периода молодости принято называть «задержка психического развития», а после 20 лет-сформированный инфантильный тип личности. Современные исследования проблем психосоциальной адаптации/ дезадаптации и жизненных кризисов позволили дополнить хронологию (*гр. χρόνος время+λόγος-учение*). Примерные возрастные периоды ведущих типов деятельности и формирования личностных позитивных психических новообразований в онтогенезе человека представляют жизнь от рождения до кончины (80 лет и более):

- **до 1 года:** *ведущая деятельность:* непосредственное эмоциональное общение; **новообразование:** доверие/недоверие миру и чувство безопасности (Э. Эриксон);

- **от 1,1 года до 3-х лет:** *ведущая деятельность:* орудийно-предметная деятельность; **новообразование:** автономия или стыд и чувство сомнения (Э. Эриксон), т.е. начало проявления саморефлексии;

- **от 3,1 лет до 7 лет:** *ведущая деятельность:* сюжетно-ролевая игра; **новообразование:** формирование внешней самости, т.е. социального «Я» самосознания (Д.Б. Эльконин); потребительский гедонизм (*гр. hēdoné-наслаждение*) или начало нравственных принципов совести (чувство эмоциональной привязанности к людям, «кто делает хорошо ребёнку») (Л. Колберг);

- **от 7,1 лет до 11 лет:** *ведущая деятельность:* учебная деятельность; **новообразование:** произвольность и чувство компетентности (Д.Б. Эльконин);

- **от 11,1 лет до 15 лет:** *ведущая деятельность:* интимно-личностное общение со сверстниками; **новообразование:** внешний образ физического «Я» (Д.Б. Эльконин);

- **от 15,1-17 лет до 22-х лет:** *ведущая деятельность:* учебная деятельность или профессионально ориентированная деятельность; **новообразование:** чувство взрослости и самоопределение (Д.Б. Эльконин);

- **от 17,1 лет до 22-х лет:** *ведущая деятельность:* трудовая (продуктивная) деятельность; **новообразование:** чувство ответственности за перспективу своего будущего;

- **от 23 лет до 30 лет:** *ведущая деятельность:* профессиональная специализация и выбор направленности жизненных приоритетов: трудовая деятельность, семья, альтруизм (высокое духовное развитие в присоединении к коллективному универсуму). **Новообразование:** чувство ответственности: за дело, за семью или духовное самосовершенствование;

- **от 31 года до 40 лет:** *ведущая деятельность:* совершенствование жизни. **Новообразования:** создание продуктивной деятельности; способность к коллективному творчеству созидательной жизни;

• **от 41 года до 55-60 лет:** *ведущая деятельность:* продуктивная и общественная деятельность. **Новообразование:** чувство времени жизни; чувство ответственности за людей, за мир, за окружающую природу вещей;

• **от 61 года до 70 лет:** *ведущая деятельность:* удовлетворяющее межличностное общение; наставничество. **Новообразование:** чувство принадлежности (группе, семье, обществу);

• **от 71 года до конца жизни:** *ведущая деятельность:* самообслуживание; посильный общественный труд; **Новообразование:** чувство удовлетворения собственной жизнью; спокойная мудрая старость;. (Ист.:Е.Е. Сапогова. Психология развития человека.-М.,2001).*Все эти особенности жизненных периодов для клинического психолога могут стать ориентиром в норме психического развития человека в любом направлении работы: диагностика, консультирование, коррекция.*

Классификация дизонтогенеза (В.В.Лебединский) аномального развития: недоразвитие, задержанное, повреждённое, дефицитарное, искажённое, дисгармоничное развитие используется в практике нейропсихолога. **Изучение параметров нормального и аномального физического развития психики в сравнительном возрастном аспекте исследования привело к созданию классификации периодизации психического развития и старения.** Принято выделять младенчество (от 0 до 1 года), раннее детство (от 1 года до 3 лет), дошкольный возраст (от 3 до 6-7 лет), младший школьный возраст (от 6-7 до 10-11 лет), переход от детства к взрослости (от 11 лет до 20-21 года). Ранняя взрослость (до 30 лет), средняя взрослость (до 45 лет), поздняя зрелость (до 60 лет). Убедительного научного клинического обоснования пожилого и старческого возраста нет, но в геронтологии выделяют средний возраст (50-64), пожилой (65-74), старческий (75-90 лет). Однако большинство психиатров-клиницистов рассматривают возраст 45-50 лет как начало инволюции (*лат. involutio - свёртывание*) человека. Весь инволюционный отрезок онтогенеза: 45-60 лет-климактерический, постпродуктивный; 60-70 лет-предстарческий; 70 лет и более-сениум (*лат. senilis - старость*). (Ист.: П.И. Сидоров, А.В. Парняков. Клиническая психология.- М.2004). Однако общий физический и патологический климаксы (*гр. κλίμαξ-ступень, лестница*), связанные с возрастными перестройками гипоталамической области (повышение порога чувствительности к регулирующему влиянию половых гормонов), приводящий к нарушению цикличности менструаций у женщин и полной потере репродуктивной способности, а у мужчин сопровождаемый гормональными сдвигами гипоталамус-гипофиз-гонады, до конца не изучен. Большинство авторов считают, что физиологический климакс протекает без выраженных патологических симптомов. Условно патогенными невротизирующими факторами постпродуктивного жизненного периода у женщин чаще становится чувство изменения внешности (седые волосы, снижение тургора кожи, появление морщин), а у мужчин климакс диагностируется в возрастном диапазоне от 36 до 72 лет (в среднем 50 лет), однако снижение и дезинтеграция половой активности у них находится в большей зависимости от половой конституции. Известно, что у лиц с задержкой или дисгармонией пубертатного периода становления сексуального развития климакс наступает раньше и протекает ярче. Но у мужчин нет выраженной возрастной инволюции сперматогенеза, хотя со временем снижается и утрачивается сексуальная потребность, но стереотип полового акта и оплодотворяющая функция могут быть частично сохранены до глубокой старости. (Ист.: Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. Сексopatология.- М., 1990). Для каждого периода жизни человека, и инволюции в том числе, соответствуют возрастные изменения. В молодости преоблада-

ют возможности приспособления к окружающей среде, а *инволюционная адаптация* (И.В. Давыдовский) приспособляется к снижению физических ресурсов жизнедеятельности. Не всегда совпадают хронологическое и фактическое старение, учитывая преждевременную или запоздалую инволюцию. Если деградирующие изменения в сердечно-сосудистой, эндокринной и нервной системах происходят неуклонно, то психика бывает гораздо устойчивее. Наряду с облигатными (*лат. obligatus-обязанный*) изменениями психических функций, старение имеет индивидуальные проявления. Происходит общее снижение активности и замедление психических процессов, темпоритма поведения, умственно-познавательной деятельности (острота, скорость восприятия, ослабевают внимание, ухудшается память), но творческое мышление и способности могут сохраняться и даже развиваться. В эмоционально-волевой сфере: изменения в биохимических сдвигах предрасполагают к депрессиям и повышению тревоги, однако заострение черт характера проявляется сугубо индивидуально. *Медицинские аспекты старения многообразны, но в основе субъективный фактор с адекватной или гипертрофированной оценкой, или же недооценкой собственных психофизиологических возможностей.* Так у пожилых людей, страдающих церебральным атеросклерозом, часто маскируются **реактивная депрессия** вследствие потери, например, смерти супруга. Но у большинства лиц в норме пожилого и старческого возраста признаки органического мозгового синдрома протекают незаметно. **Клинические проявления старческой деменции зависят от этиологии, течения, интенсивности расстройств и преморбидных черт личности.** Клиника во многом определяется топографией поражённых мозговых структур. Обычно это атрофические процессы и сосудистые заболевания мозга. Преимущественное вовлечение поражения лобных долей приводит к нарушениям абстрактного мышления, концентрации внимания, контроля влечений и нарушению моторики. При поражении верхних отделов лобных долей доминируют апато-депрессивные проявления, а при большей вовлеченности орбитальных отделов на первый план выступают импульсивность, расторможенность, психопатоподобное поведение. Поражение височных долей связано с нарушением памяти, аффективными расстройствами и личностными изменениями. При поражении теменных участков коры головного мозга наблюдаются анозогнозии, апраксии и парестезии. Крайний упадок интеллекта, включая дефектность познания, прогрессирующую амнезию и личностные изменения, т.е. сенильная деменция (слабоумие) наблюдается у 5% лиц старше 65 лет, ещё у 10% мягкие проявления, а среди лиц старше 80 лет отмечается у 20%. При **болезни Альцгеймера** и сходных атрофиях заболевания мозга (болезни Пика, Гентингтона, Паркинсона) прогрессирует разрушение клеток головного мозга, но точный диагноз выставляется при аутопсии (вскрытии). При гистологическом исследовании в мозговой ткани обнаруживают сенильные бляшки и изменения нейрофибрилл, которые скручиваются в утолщённые жгуты и клубки. Причины болезни Альцгеймера неизвестны, полагают, связано с E-АpoE в 21-й хромосоме. Первый симптом-это забывчивость, сочетаемая с утратой навыков самообслуживания. Когда симптом деменции развивается внезапно, то это чаще всего последствия инсульта, что называют **мультиинфарктной деменцией.** (Ист.: П.И. Сидоров, А.В. Парняков. Клинич. психология.- М.2004).

При выраженной патологии старости особенности изменения психики приобретают утрированный характер. В целом в структуре психических расстройств человека в старческом возрасте нет чёткой границы психогенных, соматогенных, функциональных, органических, локальных или общечеребральных расстройств. *На этом фоне задача клинического психолога в том, чтобы выявить уровень сохранных физических и личностных ресурсов и оказать адекватную медико-психологическую помощь пациентам.*

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ЛЕКЦИЯ** к курсу «Актуальные задачи

*клинической психологии при оказании медико-психологической помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»*

**МОДУЛЬ 6: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В КЛИНИКЕ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ СОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ.**

**Тема 6.1. Психотерапевтические и клинико-психологические вмешательства в лечение и реабилитацию соматических пациентов.**

Современная психотерапия получила широкое распространение в клинике общесоматической медицины. Развитие научной психотерапии осуществляется на основе различных теоретических подходов, анализе и обобщении результатов эмпирического исследования клинических, психофизиологических, психологических, социально-психологических и других аспектов изучения механизмов и результатов эффективности психотерапевтического вмешательства. Объект воздействия (психика человека) и средства воздействия (клинико-психологическое вмешательство) представляют собой психологические феномены, т.е. психотерапия использует психологические средства воздействия в лечебных целях, и направлена на достижение психологических изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфере жизнедеятельности человека. В настоящее время в психотерапии не существует единого определения предмета. Традиционно понимается как лечение души (*гр. psyche -душа и therapia- лечение*), где объектом является психика, однако душевные болезни и их лечение – это область психиатрии. (Ист.: Клиническая психология/Под ред. Б.Д. Карвасарского. Учебник для врачей.-СПб.,2010). В психотерапевтическом подходе предмет понимают как систему воздействия на психику и организм в целом. **Предмет психотерапии можно определить как межличностное взаимодействие, в ходе которого пациенту оказывается квалифицированная профессиональная помощь средствами психологии для разрешения проблем психического характера.** (Ист.:<https://studfiles.net/preview/>) *Психотерапевтическое вмешательство (или интервенция)-это вид психотерапевтического воздействия, имеющий цели, задачи и методы.* Под методом понимается общий принцип лечения, вытекающий из понятия сущности (патогенеза) заболевания. Способ применения называют формой психотерапевтического лечения (индивидуальная, групповая, семейная). Клинико-психологические интервенции характеризуются: 1) выбором средств (методов); 2) функциями (развитие, профилактика, лечение, реабилитация); 3) целью на достижение изменений; 4) теоретической базой (теоретическая психология, концепция); 5) эмпирической проверкой; 6) профессиональными действиями. (Ист.:<https://mydocx.ru/2-63583>.)

В лечении и реабилитации в отечественной медицине распространены психотерапевтические методы беседа и тренинг, причём важнейшим фактором выступают взаимоотношения между врачом/психологом и пациентами.

— [ **Методология обучения:** Проблемно-объяснительная лекция. **Цель:** Формирование ориентировочной основы знаний. **Задача:** Разъяснение вводимых понятий. Требования к лекции: Методическая обработка концептуальных положений в практике. ]

В психотерапии нет также и чёткого определения понятия метода, поэтому встречаются разные классификации, например: 1-я гр.: гипнотерапия, аутогенная тренировка; рациональная психотерапия; коллективная и групповая психотерапия; наркопсихотерапия; 2-я гр.: поддерживающая психотерапия; реконструктивная психотерапия; суггестивная психотерапия; поведенческая психотерапия и т.п., где видно, что формы и методы не имеют обоснования. Польский врач Александрович одним из первых предпринял попытку анализа методов в психотерапии и выделил уровни: 1) методы как конкретные приёмы или техники (гипноз, релаксация, беседа, дискуссия, психогимнастика); 2) методы, определяющие условия проведения для достижения цели (семейная психотерапия, амбулаторная, поддерживающая психотерапия и т.п.); 3) методы в значении основного инструмента психологического воздействия (индивидуальная, групповая психотерапия); 4) методы в значении психотерапевтических интервенций (директивные, не директивные). Анализ приведённой типологии позволяет сделать вывод, что более всего понятию «метод психотерапии» соответствует 1-й уровень, а именно конкретные техники и приёмы. 2-й уровень представляет виды психотерапии, 3-й уровень — это формы психотерапии, а 4-й уровень — это теоретические направления. (Ист. там же). До настоящего времени среди специалистов нет единого мнения, какие психотерапевтические вмешательства (интервенции) можно считать методами, какие формами, а какие техниками или направлением психотерапии. Однако все психотерапевтические вмешательства имеют общее назначение. **Функции клинико-психологических интервенций состоят в лечении, профилактике, реабилитации и одновременно в развитии личности пациента.** Ведущая функциональная роль психотерапии принадлежит профилактике и реабилитации. Наиболее значимой психотерапия стала в профилактике нервно-психических и психосоматических заболеваний у пациентов. Профилактика предусматривает выявление группы риска и разработку соответствующих профилактических мероприятий в работе с лицами, имеющих разнообразные трудности и проблемы психологического характера, личностные кризисы, травматические стрессовые ситуации. Психотерапия требуется лицам с прогностически неблагоприятными личностными характеристиками: низкая самооценка, высокий уровень тревожности, ригидность, повышенная чувствительность к стрессам или низкая фрустрационная толерантность и т.д. *Особое место занимает лечение психосоматических расстройств клинико-психологическими средствами воздействия.* (Ист. там же).

Современное понимание реабилитации как системы государственных, социальных, экономических, медицинских, психологических, профессиональных, педагогических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, диктует необходимость широкого использования клинико-психологических воздействий в реабилитационной практике. (Ист.: Клиническая психология./Под ред. Б. Д. Карвасарского. Уч. для врачей-СПб., 2010). В целях реабилитации, клинико-психологические интервенции направлены на реадaptацию личностного социального статуса. При нервно-психических заболеваниях для преодоления нарушений и восстановления отношений пациента в системе межличностных связей также требуется психотерапия или психокоррекция. При тяжёлых хронических болезнях возникает множество проблем, требующих использования клинико-психологических вмешательств: реакция личности на болезнь; неадекватное отношение к болезни; чрезмерная эмоциональная реакция; пассивность; необоснованное ограничение поведения и т.д. Тяжёлое заболевание меняет привычный образ жизни больных, и может привести к изменению

социального статуса, снижению работоспособности, проблемам в семейной и профессиональной сферах, частичной невозможности удовлетворения значимых потребностей, неверию в собственные силы, неуверенности в себе, отрицанию существующих возможностей и собственных ресурсов, сужению интересов и круга общения, дефициту жизненных перспектив. Задача клинико-психологического вмешательства привести пациента к адекватной оценке ситуации и своих возможностей на выздоровление, причём приоритет за профилактическими программами. (Ист.там же)

**Личностное развитие рассматривается как одна из самостоятельных функций клинико-психологического вмешательства.** Предусматривает гармонизацию личности за счёт самопознания, развития самосознания, переработки и преодоления внутриличностного и межличностных конфликтов, развития новых более адекватных способов эмоционального и поведенческого реагирования. В ряде психотерапевтических систем, например, клиент-центрированной психотерапии К. Роджерса, личностный рост и развитие выступают как одна из важнейших задач. С одной стороны, личностное развитие в клинико-психологической помощи пациенту считается дополнением, а с другой стороны, в психологическом консультировании пациентов с соматическими и нервно-органическими заболеваниями, которые не проходят психотерапию, а обратились за помощью в связи с личными проблемами, психотерапевтическое вмешательство опирается на новое видение человеком самого себя, своих проблем, конфликтов и особенностей поведения, что в дальнейшем приводит к определённым положительным и конструктивным изменениям в когнитивной, эмоциональной, поведенческой сферах, что способствует личностному развитию.

*Цели клинико-психологических интервенций отражают достижение определённых изменений, тесно связаны с теоретической концепцией вида психотерапии и направлены на ближайшие или отдалённые перспективы.* **Любая область медицинского вмешательства основывается на знании нормы и патологии.** Научно обоснованная психотерапевтическая система сама раскрывает содержание понятий «норма» и «патология». Концепция психологической нормы-это представления о здоровой личности, а патология выражается в понимании нарушений личностного функционирования, например, образование невротических расстройств. **Цели и задачи психотерапии, механизмы лечебного воздействия, стадии, тактики и стратегии психотерапевта, конкретные техники и прочее рассматриваются на модели конкретных расстройств.** Например, невротические расстройства (F40-F-48) носят психогенный характер нарушений, поэтому этиология обуславливает необходимость использования психотерапии в качестве основного метода лечения в виде наиболее полной, глубокой и целостной модели. В рамках психодинамического подхода в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения человека рассматриваются бессознательные психические процессы, а целью психотерапии становится осознание конфликта. Представители поведенческого направления фокусируются на навыке адаптации, поэтому невроз предстаёт как неадаптивное поведение из-за неверного научения. Гуманистическое направление психотерапии концентрирует внимание на потребности в самореализации и самоактуализации. Невроз представляется следствием невозможности самоактуализации из-за блокирования потребности с недостаточным пониманием ситуации, принятием себя, чувством целостности и адекватностью «Я-концепции». В этом случае клинико-психологическое вмешательство определяется созданием условий, при которых человек переживает новый эмоциональ-

ный опыт, способствующий принятию себя и личностной интеграции, обеспечивающей самоактуализацию. (Ист.там же)

**Практическая стратегическая задача клинико-психологического вмешательства для врача и клинического психолога заключается в создании медицинского комплаенса как комплексной медико-психологической помощи и как непременно добровольного соблюдения больным рекомендаций врача, направленных на лечение и реабилитацию.** Это касается всего спектра лечебных, реабилитационных и профилактических назначений от правильности приема лекарств, следования диете, ограничениям и т.п. В отечественной практике имеются рекомендательные списки методов психотерапии, которые приводятся в различных методических пособиях, что успешно используется для создания комплаенса (*англ. compliance -согласие, соответствие, уступчивость, податливость*). (Ист. <https://internist.ru/files/articles> *Все действия клинико-психологических интервенций осуществляются специалистами (врачами, психологами, социальными работниками), подготовленными в том или ином методе психотерапии, знающими основы клинической психологии и соответствующие концепции психотерапии, и работающими в рамках профессиональной деятельности.*

**Клинический психолог проводит психокоррекцию, представляющую собой форму клинико-психологического вмешательства с целью исправления чего-либо.** По существу понятие психологическая коррекция и психотерапия совпадают как клинико-психологическое вмешательство. По форме различаются используемыми методами и средствами. Психотерапия придерживается одного метода и соответствующих техник. Психокоррекция для достижения цели может пользоваться техниками из разных психотерапевтических методов, однако при этом опирается на конкретные психологические концепции личностного развития. Психокоррекция успешно используется в устранении психосоматических расстройств и широко применяется в клинике невропатологии. *Психокоррекция успешна в решении задач лечения, профилактики и реабилитации.* (Ист. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология.- М., 2002).

**Психологическое консультирование также не имеет единую методологическую основу.** Традиционно рассматривается как процесс, направленный на помощь человеку в разрешении возникающих у него проблем и затруднений психологического характера. Существует три основных подхода к консультированию: 1) проблемно-ориентированное консультирование, фокусируемое на анализе внутренних и внешних причин проблемы и поиске путей её разрешения; б) личностно-ориентированное, направленное на анализ индивидуально-личностных причин возникновения проблемных и конфликтных ситуаций и путей предотвращения их в будущем; 3) консультирование на выявление ресурсов решения проблемы. В настоящем психологическое мотивационное консультирование с выявлением здоровых ресурсов применяется и для разрешения клинических задач. По содержанию опирается на закономерности психической деятельности и личностного развития человека, норму и патологию характера, нарушение адаптации вследствие заболевания. Инструменты мотивационного консультирования мало отличаются от психотерапии, хотя и имеют свою специфичность, выраженную в суггестивной направленности. (Ист. там же)

Психотерапия, психокоррекция и психологическое консультирование прочно стали формами работы клинического психолога. Психотерапия и мотивационное консультирование могут быть сопутствующими, эффективными направлениями работы врача общесоматической сети медучреждений.

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д.Набатникова



Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ЛЕКЦИЯ** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

## МОДУЛЬ 8: ЗАДАЧИ ВЫЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ.

### Тема 8.2 **Анализ и оценка состояния психических процессов больных в практике врача и клинической психолога.**

**Астенический тип изменения психических процессов** заключается в повышенной истощаемости психической деятельности в целом, особенно внимания, памяти и мышления. Характерен для астенического синдрома, который свойственен многим заболеваниям (сомато-неврологическим, нервно-психическим). При различных заболеваниях имеются особенности астенических расстройств. При соматических заболеваниях на первый план выходит утомляемость и непереносимость эмоционального напряжения, а при последствиях черепно-мозговых травм (ЧМТ) раздражительная слабость в сочетании с аффективностью, головными болями и вегетативными нарушениями. При церебральном атеросклерозе астения проявляется утомляемостью, эмоциональной лабильностью, слабодушием, а при эндокринопатиях утомляемостью, вялостью и расстройствами в сфере влечений.

*Легкая степень астении* в виде повышенной утомляемости и раздражительности снижает работоспособность, но существенно не ограничивает жизнедеятельность больного. Возможна кумуляция астенических нарушений с постепенным их нарастанием. Кумуляция в медицине – это накопление биологически активного вещества (материальная кумуляция) или вызываемых им эффектов (функциональная кумуляция) при повторных воздействиях лекарственных веществ и ядов.

*Умеренная степень астении* резко сокращает работоспособность и усиливается кумуляция утомления, но сфера побуждения к деятельности ещё не нарушена и имеется стремление преодолеть внутреннюю вялость, на что больным затрачиваются значительные усилия.

*Выраженная степень астении* приводит к отказу от активности, поскольку нарушена и целенаправленность деятельности. Сначала расстраиваются произвольные, а затем и автоматизированные действия. При этом возникает «тормозное» состояние, препятствующее выполнению заданий, нарушается саморегуляция усилия, появляется «опережающая» усталость. За короткий промежуток времени быстро нарастает колебание ритма и снижается качество выполнения заданий и испытываемый отказывается от дальнейшей работы. Всё это значительно ограничивает жизнедеятельность, особенно в трудовой и учебной деятельности, общении, самообслуживании, передвижении. (Ист.: Организация работы психолога в клинике: методические материалы для клинического психолога. – Архангельск, 2004).

\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Интерактивная лекция. **Цель:** Мотивация к углубленному изучению темы. **Задача:** Актуализация опорных знаний понятий. Требования к лекции: Структурирование информации. ]

**Органический тип изменения психических процессов** характеризуется различной степенью стойким снижением психических функций, связанным с ухудшением памяти, внимания, мышления и эмоционально-волевого обеспечения деятельности. Он указывает на наличие органических нарушений, являющихся клинико-психологическим проявлением поражения головного мозга различной этиологии (травматической, сосудистой, инфекционной, интоксикационной, радиационно-токсической и т.д.). Этиология поражения проявляется в виде различных вариантов психоорганического синдрома (ПОС), хотя и не меняет дефицитарного характера основных нарушений. (Ист.: там же).

**Астенический вариант ПОС** чаще следствие черепно-мозговой травмы (ЧМТ) или нейроинфекции. Формируется вслед за астеническим синдромом со стойким снижением всех психических процессов, но клинически на первый план выступают явления физической и психической слабости, повышенной истощаемости, утомляемости, раздражительной слабости. (Ист.: там же).

**Эксплозивный вариант ПОС** обычно развивается при последствии ЧМТ. Ведущими в клинической картине, помимо снижения психических процессов, являются эмоциональные расстройства в виде повышенной раздражительности и брутальности аффекта. Адаптационные возможности таких больных снижены из-за психопатоподобного рисунка поведения. Клинико-психологическая симптоматика обычно обостряется при различных интеркуррентных заболеваниях, интоксикациях, в том числе и алкогольной. (Ист.: там же). Интеркуррентное заболевание (лат. *intercurrens-ntis-бегающий между, вмешивающийся*) является случайно присоединяющаяся болезнь, осложняющая течение основного заболевания. (Ист.: <https://ru.wikipedia.org/>)

**Эйфорический вариант ПОС** чаще возникает после перенесённых ЧМТ и при сосудистых заболеваниях головного мозга. На фоне снижения настроения, благодушие, бестолковость, потеря критики, расторможенность влечений (голод, гиперсексуальность). Нередко имеет место сочетание с недержанием аффекта, взрывами гневливости, которые сменяются слезливостью и беспомощностью. (Организация работы психолога в клинике: методические материалы для клинического психолога.-Архангельск, 2004).

**Апатический вариант ПОС** наиболее характерен для последствий нейроинфекций и интоксикаций, а также органических поражений мозга радиационно-токсического генеза. Он характеризуется снижением психических процессов в сочетании со слабостью мотивации, резким ограничением круга интересов, безразличен к окружающему. (Ист.: там же).

**Амнестический вариант ПОС** характеризуется преимущественным нарушением памяти, которое преобладает над снижением других процессов. Одним из его вариантов является корсаковский синдром, при котором грубо нарушается фиксационная память, часто возникает конфабуляция, псевдореминисценции, а также расстройства внимания и осмысления. Корсаковский синдром-это разновидность амнестического, возникает вследствие нехватки витамина В<sub>1</sub> по причине нарушений питания, после травм головного мозга, при опухолях мозга, острой гипоксии, при старческих сосудистых нарушениях и старческих дегенеративных (атрофических) процессах в тканях мозга, встречается также при диффузных органических и интоксикационных поражениях главным образом лимбических и корковых структур головного мозга, возникает также вследствие хронического алкоголизма. *Лёгкая степень ПОС* обуславливает трудности обучения и переобучения, сложности изменения жизненных стереотипов. *Средняя (умеренная) степень ПОС* ведёт к резкому замедлению образования новых навыков, умений, снижается уровень деятельности, страдает

темп, переключаемость. *Выраженная степень ПОС* значительно ограничивает жизнедеятельность больных в различных ситуациях и требует, как правило, определения II группы инвалидности. Возможно сочетание изменений психических процессов по органическому и астеническому типу той или иной степени выраженности. (Ист.: там же).

**Шизофренический тип изменения психических процессов** характеризуется специфическими изменениями мышления и личности (эмоционально-волевой и мотивационной сферы).

Вопрос о специфике психологических нарушений при шизофрении, по-прежнему, остаётся актуальным. Известно, что мышление в норме – это психический процесс отражения наиболее существенных свойств предметов и явлений действительности и наиболее существенных связей и отношений между ними, что приводит к получению новых знаний о мире. **Мышление – это процесс обобщённого и опосредованного отражения действительности в её существенных связях и отношениях, представленных основными операциями обобщения, отвлечения (абстрагирования), анализа и синтеза, вскрывающие наиболее существенные связи между явлениями и объектами.** Принято выделять **три уровня обобщения**: 1) *категориальный*, т.е. отнесение к классу на основании главных (видовых и родовых) признаков, позволяющих включить объект в систему понятий; 2) *функциональный*, т.е. отнесение к классу на основании функциональных признаков; 3) *конкретный*, т.е. отнесение к классу на основании конкретных и ситуативных признаков. *При снижении уровня обобщения* в суждениях больных доминирует непосредственные представления о предметах и явлениях. Вместо выделения обобщённых признаков больные используют конкретно-ситуативные сочетания, у них отмечаются трудности абстрагирования от конкретных деталей, например, общее между диваном и книгой в том, что «на диване можно читать». *Эти нарушения встречаются при олигофрении, тяжёлых формах энцефалита, а также при органических поражениях головного мозга другого генеза с деменцией.* Однако о снижении уровня обобщения можно судить лишь в случае, если этот уровень ранее был в норме, а затем снизился вследствие заболевания, что происходит у больных с эпилепсией, органическими поражениями ЦНС, последствиями травм головного мозга. В то же время у больных олигофренией недоразвитие понятийного аппарата и абстрактного мышления, а именно процессов обобщения и отвлечения наблюдается изначально. *При искажении процессов обобщения*, по мнению Б.В. Зейгарник, больные руководствуются чрезмерно обобщёнными признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Отмечается преобладание формальных, случайных ассоциаций и их отрыв от содержательной стороны задачи. Реальное отличие и сходство между предметами не служит для них контролем и проверкой суждений, например, при сравнении понятий «тарелка» и «лодка» возможны следующие решения на основе случайных или не существенных свойств: «это слова женского рода» (ответ на абстрактном категориальном уровне); «не пострадают в безвоздушном пространстве» (ответ на функциональном уровне); «могут быть, одинакового цвета» (ответ на конкретном уровне). Здесь наличествует, что нарушения качественно отличаются от снижения уровня обобщения. *У больных шизофренией происходит процесс извращения процесса обобщения.* Прослеживаются, что больные объединяют причудливую смесь (псевдообобщения) из внешних обстоятельств и собственной «эндоморфной» патологической продукции. Аналогичные извращённые обобщения и «псевдосинтез» может лежать и в основе бредовой продукции. Подобную картину можно наблюдать у психопатических личностей, од-

нако там происходит деформация обобщения, но отражает гипертрофированную субъективность и тотальный эгоцентризм, например, «я катался в лодке, и ел из тарелки» (ответ на функциональном уровне и имеет личную направленность). В практике патоисследования затруднена дифференциация процесса обобщения расстройств, описанных Б.В. Зейгарник, в рамках *нарушений личностно-мотивационного компонента*. При этом выступает весь спектр нозоспецифических нарушений: паралогичность, разноплановость, некритичность и др. **Мышление обозначают как деятельность, опирающуюся на систему понятий, направленную на решение задач, подчинённую цели, учитывающую условия, в которых задача осуществляется.** Систематический недоучёт испытуемым условий, содержания заданий и невозможность адекватного их решения (хотя формально операция обобщения сохранена), обычно указывает на специфические нарушения личностно-мотивационной сферы, характерные для больных шизофренией. При этом обнаруживается своеобразное снижение критичности и целенаправленности (саморегуляции) мышления.

*Критичность мышления* предполагает сличение получаемых результатов с условиями задачи и предполагаемыми итогами. Для больных шизофренией типичным является «изменение актуализации знаний на основе прошлого опыта» (Ю.Ф. Поляков), привлечение латентных (скрытых) признаков предметов и явлений, которые приобретают для больного *смысл* из-за болезненно изменённых установок, что и становится основой некритического мышления. Таким образом, *нарушение критичности первоочередно проявляется, не в ошибках выводов, которые могут быть свойственны и здоровым людям, а в паралогичности суждений.* Например, «тарелки прилетают, а на лодке в море подобрать можно, у кого авария». При глубоких расстройствах страдают все операциональные составляющие данной функции: проверка гипотез, отсеив лишнего; соотнесение мыслительных моделей с действительностью, а также выбор насущной информации и прогнозирование событий. (Ист.:там же)

*Нарушение саморегуляции мышления* состоит в невозможности целенаправленной организации своих мыслительных действий. Несмотря на то, что больным шизофренией достаточно доступны сложные обобщения и логические операции, но в результате «расплывчатости» и «неленаправленности» мышления способность к решению поставленных задач нарушается. Спектр когнитивных нарушений характеризуется многозначностью и неопределённостью для испытуемого воспринимаемой им информации. Степень нарушений колеблется от лёгких проявлений при конституциональных шизотипических отклонений, до грубо выраженных при наличии шизофренического процесса (Ю.Ф. Поляков, В.П. Критская). Здесь информационная многозначность составляет содержание феномена «*патологический полисемантизм*». Это явление интерпретируют ещё как «размывание семантических полей слова». Процесс внешне близок к «актуализации латентных признаков» или к «сверхвключению». Сверхвключение касается когнитивной деятельности, которая с функционированием памяти, привлечением (актуализацией) сведений из неё для соотнесения с информацией извне, т.е. системой выделения (селекции) сигналов и распознавания объектов. (Ист.:там же).

Патопсихологическое или нейропсихологическое обследование клинический психолог проводит в комплексе общей картины заболевания или отдельных психических процессов, а также с целью определения динамики лечения заболевания или других задач по запросу врача.

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова.

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ЛЕКЦИЯ** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

**МОДУЛЬ 8: ЗАДАЧИ ВЫЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ  
В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ.**

**Тема 8.1: Основные патопсихологические (психоаномальные) синдромы больных в диагностической практике клинического психолога.**

**Шизофренический** (диссоциативный) **патопсихологический симптомокомплекс**, которому в клинике соответствует шизофрения. Ядром данного синдрома является редукция энергетического потенциала, снижение мотивации и, как следствие, нарушение селективности информации. Симптомокомплекс складывается из трёх основных групп расстройств: личностно-мотивационных, эмоционально-волевых и расстройства мышления. *К личностно-мотивационным расстройствам* относят изменение иерархии мотивов по типу ослабления смыслообразующей функции мотива. Мотив превращается в «только знаемый», но не применимый в жизнедеятельности. В других случаях имеет место сужение круга смысловых образований, в результате чего всё, что ранее имело личностное значение (учёба, работа, дружба, отношения с родителями и т.д.) постепенно теряет для больного смысл. Возможно также резкое изменение интересов, приводящее личность к смене направленности и содержания деятельности. Сюда же относят изменение самооценки и самосознания, проявляемые в аутизме, отчуждённости, высокой рефлексивности и сенситивности, встречающиеся у больных. *К эмоционально-волевым расстройствам* относят нарушения, связанные с уплощением, диссоциацией эмоциональных проявлений, знаковой парадоксальностью, снижением мобильности и нарушением коммуникативного аспекта аффективности, гипо- и парабулиями. *В структуре мышления расстройства* выражаются утратой целенаправленности, критичности мыслительной деятельности, нарушением смыслообразования при сохранности уровня обобщения, что проявляется в феноменах разноплановости, соскальзывания, резонёрства. (Ист.: Организация работы психолога в клинике: методические материалы для клинического психолога.-Архангельск, 2004).

**Органический (экзо- и эндогенный) патопсихологический симптомокомплекс**, которому в клинике соответствуют экзогенно-органические поражения мозга различной этиологии, а также «эндогенно-органические» расстройства типа истинной эпилепсии или первичных атрофических процессов. Ядро синдрома в снижении интеллектуальных процессов и умственной работоспособности. Складывается из симптомов снижения психических функций, прежде всего, памяти (долговременной и оперативной), внимания, умственной работоспособности и интеллектуальных процессов, что, в конечном итоге, приводит к ослаблению общей оперативности интеллекта, распаду системы прежних знаний и опыта. Нарушения операциональной стороны и целенаправленности мышления в целом типичны для органического симптомокомплекса. У таких \_\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Репродуктивная лекция (*лат. re вновь+ producer- производить*). **Цель:** Повышение компетентности. **Задача:** Разъяснение базовых понятий. Требования к лекции: Контекст основных положений. ]

больных снижается уровень обобщения, нарушения могут быть лёгкой, умеренной или сильной выраженности. В тяжёлых случаях больные не способны к операциям обобщения, просто перечисляют предметы или функции без попытки их обобщить (нулевой уровень обобщения). Возможно изменение динамики мыслительных процессов в сторону замедления. В целом психические процессы характеризуются инертностью, тугоподвижностью и истощаемостью. При этом, явления истощаемости встречаются чаще при экзогенно-органическом синдроме, а при эндогенно-органическом редко, например, при истинной генуинной эпилепсии истощаемость психической деятельности бывает в норме.

Органический симптомокомплекс включает и изменения эмоционально-личностной сферы. Имеют место аффективная лабильность или эксплозивность, которые сочетаются со снижением критической способности и ослаблением самоконтроля за поведением (параллельно интеллектуально-мнестическому снижению). (Ист.: там же).

**Аффективно-эндогенный патопсихологический симптомокомплекс**, которому в клинике соответствует маниакально-депрессивный психоз и функционально-аффективные психозы позднего возраста. Включает изменения эмоциональной сферы и мышления. Изменения мышления обусловлены преобладанием той или иной аффективной фазы (маниакальной или депрессивной). На первый план выступают изменения динамики мыслительных процессов (замедленность или ускорение ассоциативного процесса) при отсутствии снижения уровня обобщения и отвлечения. Мышление таких больных малопродуктивно, что обусловлено психологическим дефицитом, который образуется в связи с недостаточностью активного внимания и психомоторной активности. Возможны также нарушения критичности к себе, своей личности (занижение или завышение своих возможностей), преходящие нарушения памяти и внимания.

*Существует необходимость дифференцировать слабо выраженные эндогенные депрессии и депрессии психогенного круга.* Для получения обобщённой картины соотношения этих видов депрессий целесообразно провести психологическое уточнение. Известно, что эмоциональность человека проявляется в двух аспектах: реактивном (ответ на текущие события) и побудительном (эмоциональная активация любой деятельности). При эндогенной депрессии страдают оба аспекта. Нарушение реактивности проявляется в изменении порогов восприятия радостных и печальных событий, что в дальнейшем приводит к снижению резонанса на отрицательные события. Наряду с этим, наблюдается и снижение побудительного аспекта (снижение энергетического потенциала), что выражается в своеобразном «безволии», «лени», неспособности заняться новым при ещё удовлетворительном выполнении текущих обязанностей, что приводит к формированию собственно «депрессивной мотивации». Патогномической (гр. *πάθος* – «страдание, болезнь» и *γνώσιμος* – «узнаваемый, сведущий») формой депрессии выступают суицидальные тенденции, которые относят к «психотическому» уровню депрессии. Психогенные депрессии в широком смысле слова (реактивные, при неврозах) характеризуются сохранностью побудительного аспекта эмоциональности. Эмоциональные привязанности и потребностями обуславливают специфику и силу эмоционального реагирования, поэтому реактивная депрессия напрямую связана с психотравмой. (Ист.: там же).

**Олигофренический патопсихологический симптомокомплекс** характерен для олигофрении (гр. *oligos* – «немногий, малый» + *phrēn* – ум), врождённого или приобретённого в первые три года жизни слабоумия, выражается в недоразвитии психики в целом. Вследствие поражения головного мозга преимущественно недоразвиты интеллект и понятийное мышление. Складывается из ин-

теллектуальных особенностей как неспособность к обучению; неспособность к абстрагированию; неспособность к формированию понятий; дефицит общих сведений и знаний; примитивность и конкретность мышления. Характерными эмоционально-волевыми расстройствами проявляются: снижение эмоционального самоконтроля; импульсивность; повышенная внушаемость; расторможенность влечений. (Ист.: там же).

**Психопатический (лично-аномальный) патопсихологический симптомокомплекс**, которому в клинике соответствуют акцентуированные личности, психопатические личности и обусловленные аномальной почвой психогенные реакции. Если акцентуированные характеры признаны крайней нормой, то психопатические (*гр. psychē-душа + pathos-болезнь*) личности – это «уродство характера» (по Ганнушкину), т.е. аномалия характера, определяющая облик индивида, приносящая ему страдание, а окружающим конфликты с ним. Ядро синдрома – аффективная обусловленность поведения с парциальной не критичностью и неадекватным уровнем притязаний. При патологии характера обнаруживаются: *эмоционально-волевые расстройства* (аффективная обусловленность с парциальной не критичностью, несоответствием интенсивности реакции силе раздражителя); *нарушение структуры и иерархии мотивов* (пренебрежение общепринятыми нормами, обеднением интересов при наличии одного жёстко закреплённого, иногда гипертрофированного мотива, формирование патологических асоциальных мотивов); *неадекватность самооценки и уровня притязаний*; *расстройство мышления в виде «относительного аффективного слабоумия»*, *нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт*. (Ист.: там же).

**Психогенно-невротический патопсихологический симптомокомплекс**, который в клинике соответствуют невротическим реакциям и неврозам. Основными проявлениями невротических состояний являются нарушения эмоциональной сферы (*депрессивные реакции, астения, фобии, аффект тоски*). Традиционный механизм возникновения расстройств состоит в наличии неадекватно высокого уровня тревожности, неразрешённого внутриличностного конфликта, препятствующих психической адаптации человека, находящегося во фрустрации (*англ. frastrion-расстройство планов, крушение надежд*). Для индивида характерна «полизависимость», внешняя мотивированность во всех сферах жизни (разбросанность интересов), психологическая ригидность, фиксированные формы поведения. Кроме того, бывают признаки не специфические для симптомокомплекса, как нарушения концентрации, устойчивости внимания, быстрая истощаемость, замедленная переключаемость с одного вида деятельности на другой, нарушение механизма запоминания. (Ист.: там же).

**Психогенно-психотический патопсихологический симптомокомплекс**, которому в клинике соответствуют реактивные психозы. Ядро синдрома характеризуется реактивной дезорганизацией умственной деятельности и поведения личности в целом. Синдром включает: динамические, преходящие расстройства аффективной сферы; нарушение восприятия. Два следующих синдрома: расстройство памяти, мышления и нарушение мотивации развиваются в связи с психической травмой, причём непосредственно отражаются в болезненных переживаниях, а состояние улучшается после ликвидации психической травмы, вызвавшей состояние. Глубина реактивных состояний колеблется от психологически понятных реакций на психогенный фактор (в основе лежит физиологический механизм эмоций) до тяжёлых реактивных психозов (в основе тяжёлые патофизиологические нарушения высшей нервной деятельности). **Выделение психогенно-психотического симптомокомплекса в отдельный**



**патопсихологический синдром является условным, так как в практике клинических психологов он встречается крайне редко.** (Ист.: там же).

**Алкогольно-аномальный психопатологический симптомокомплекс** (алкоголизованный тип психических аномалий) описан у наркологических больных. К нему относят особенности поведения с личностными изменениями, возникшими на почве злоупотребления алкоголем или др. наркотиками. Тип поведения характерен для больных хроническим алкоголизмом, для лиц, злоупотребляющих алкоголем и для лиц, у которых развилась алкоголизация на почве нервно-психических расстройств. По патопсихологическим показателям В.М. Блейхер и И.В. Крук (1986) выделили четыре основных личностных типа больных алкоголизмом: 1) *Интровертированно - нейротический (неврозоподобный) тип*: присуща выраженная интровертированность и ситуационно-депрессивная самооценка со склонностью к самообвинению; 2) *Экстрове́ртированно-нейротический (психопатоподобный) тип*: характеризуется выраженной экстравертированностью, неадекватными личностными реакциями, а в самооценке преобладают механизмы психологической защиты по типу «я-как все»; 3) *Экстравертированно-анозогнозический тип*: на первый план выступает беспечное отношение к своему настоящему и будущему состоянию, самооценка становится грубо неадекватной, механизм самозащиты заключается в безоговорочной тенденции к самооправданию. 4) *Апатически-интровертированный тип*: выражение грубой алкогольной деградации личности, характеризуется утратой социальных контактов, уходом от реальной жизни, совершенном отсутствии интереса к происходящему. (Ист.: там же).

В целом следует выделить такие черты алкоголиков как подозрительность, недоверчивость, повышенная мнительность, необоснованная ревность, готовность к болезненной фиксации ошибочных утверждений. Меняется содержание потребностей в мотивационной сфере, перестраивается иерархия. Лица, у которых развивается пристрастие к наркотикам, также демонстрируют психопатоподобные изменения личности и быструю деградацию. (Ист.: там же).

*Комплексный метод клинического обследования предполагает изучение основных компонентов целостной структуры человека в их взаимосвязях и изучение отдельных показателей с целостной организацией человеческой индивидуальности.* (Ист.: Клиническая психология. Учебник для врачей./Под ред.Б.Д. Карвасарского; <http://bookap.info/genspy/clinspy/g12.shtm>)

**Работа клинического психолога по выявлению у больного патопсихологического симптомокомплекса в проведении дифференциальной или патодиагностики требует подготовки и проводится поэтапно:** 1) изучение истории болезни, знакомство с анамнестическими данными, с результатами других лабораторных исследований, психическим статусом; 2) анализ биографических данных обследуемого; 3) установление контакта и беседа с обследуемым; 4) создание условий для проведения дифференциальной или патопсихологической диагностики; 5) подбор методик для проведения диагностики; 6) проведение экспериментально-психологического исследования; 7) обработка данных по результатам диагностики; 8) качественный анализ результатов обследования; 9) написание заключения. *Клиническая психологическая диагностика выступает дополнительным инструментом к определению медицинского клинко-функционального диагноза больного, который выставляет врач, а также базовой основой для определения комплекса медико-психологической реабилитации и медико - социальных мероприятий.* (Ист.: там же).

---

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова.

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ЛЕКЦИЯ** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

**МОДУЛЬ 9: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.**

**Тема 9.1: Методико-концептуальное обоснование и моделирование психологического консультирования.**

В отечественной практике психологического консультирования существуют две крайних тенденции определения: 1) психологическое консультирование не имеет собственного предмета и является прикладной областью отдельных теоретических разработок в психологии; 2) консультирование рассматривается как набор практических методов и приемов в работе с консультируемым и не должно опираться на какие-либо теоретические основы. И такое положение отражает недостаточность научной разработки вопроса отнесения консультирования к методу или форме работы. Вместе с тем, наиболее конструктивным можно считать следующее определение.

**Психологическое консультирование** – это процесс оказания психологической помощи, в котором профессионально компетентный в области релевантных (*англ. relevant – уместный, подходящий по смыслу*) психологических знаний и навыков консультант стремится помочь клиенту в обнаружении и осознании источников психологического дискомфорта, в прояснении путей решения его актуальных проблем, в достижении психологического здоровья и в формировании потребности в саморазвитии. (Ист.: <http://refleader.ru/polotrotryfs.html>).

**Психологическое консультирование ориентировано на психически здоровых людей, попавших в сложную жизненную ситуацию или желающих улучшить качество жизни.**

**Цели** психологического консультирования: помочь клиенту в решении его проблемы; в осознании и изменении малоэффективных моделей поведения, чтобы принимать важные решения и достигать поставленных жизненных целей в гармонии с собой и окружающим миром. (Ист. там же)

Существует несколько видов психологического консультирования.

**Интимно-личностное консультирование** предполагает работу с внутренними проблемами и состояниями клиента (поиск смысла жизни, повышенная тревожность, сложности во взаимодействии с людьми и т.д.).

К таким проблемам можно отнести психологические расстройства или поведенческие недостатки, которые субъект желает ликвидировать, трудности в личных взаимоотношениях с близкими или иными значимыми лицами, всевозможные страхи, неудачи, заболевания психогенного характера, которые требуют не только врачебной помощи, а и психокоррекции, глубокое недовольство собой, проблемы в интимной сфере. (Ист.: Ю.Е. Алёшина Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. - М., 2014).

\_\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Композиционная лекция. **Цель:** Систематизация и структурирование. **Задача:** Изложение материала. Требования к лекции: Конкретность содержания материала. ]

Разновидностью этого консультирования является возрастное психологическое консультирование, которое включает вопросы психического развития, особенности воспитания, принципы обучения детей различных возрастных подгрупп. Предметом такого консультирования считается динамика развития детской и подростковой психики на определенном возрастном этапе формирования, а также содержание психического развития, что является существенным отличием от остальных видов консультирования. Возрастное психологическое консультирование решает задачи систематического контроля над ходом формирования психических функций детей для оптимизации и своевременной коррекции. (Ист.: Ю.Е. Алёшина Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. - М., 2014).

Психолого-педагогическое консультирование востребовано, когда нужно справляться с трудностями, имеющими связь с обучением либо воспитанием детей, когда необходимо повысить педагогическую квалификацию взрослых лиц или научить управлению различными группами. К тому же, к описываемой разновидности консультирования имеют отношение вопросы психологического обоснования педагогических и воспитательных инноваций, оптимизации средств, методик и программ обучения. (Ист. там же)

**Семейное консультирование** предполагает не только непосредственную работу с парами, но и консультирование в добрачный период, а также в период развода. Кроме того, сюда же относят консультирование по вопросам детско-родительских отношений, а также взаимоотношений с родителями и родственниками мужа/жены. Описываемый вид психологической помощи, требует от консультантов знания сути внутрисемейных проблем, способов выхода из тяжелых ситуаций и методов их разрешения. (Ист. там же)

**Профессиональное консультирование**-это психологическая консультация по вопросам выбора профессии (профориентация).

Деловое (профессиональное) консультирование характеризуется числом разновидностей, сколько существует профессий и видов деятельности. Этот вид помощи рассматривает вопросы, зарождающиеся в процессе занятий субъектами профессиональной деятельностью. Сюда относят вопросы профессиональной ориентации, совершенствования и формирования у индивида умений, организации труда, увеличения работоспособности и др. (Источник: Р. Кочюнас Основы психологического консультирования: М.,2009).

**Мультикультурное консультирование** направлено на взаимодействие с индивидами, которые воспринимают по-разному социальную среду, однако при этом стараются сотрудничать. Эффективность консультативной помощи клиентам, отличающимся по культурно-опосредованным особенностям (половой ориентации, половой принадлежности, возрасту, профессиональному опыту и т.д.), а кроме того, возможность понимания этих клиентов, их требований взаимосвязана с культурными характеристиками психолога и принятой в определенной социальной культуре манеры организации практик психологического консультирования. (Ист. там же)

**Подходы психологического консультирования характеризуются общей системной моделью, объединяющей шесть стадий:**

*На первой стадии происходит исследование проблем.* Психолог устанавливает с индивидом контакт (рапорт) и достигает обоюдного направленного доверия: психолог внимательно выслушивает клиента, который повествует о своих житейских трудностях, выражает максимальное сопереживание, предельную искренность, заботу, не прибегает к оцениванию и манипулятивным техникам. Консультант должен выбирать поощрительную тактику, которая способствует

углубленному рассмотрению клиентом своих проблем, и отмечать его ощущения, содержание реплик, невербальные поведенческие реакции.

*На следующем этапе происходит двумерное определение проблемной ситуации.* Консультант устремлен на точную характеристику проблемы клиента, акцентируя при этом и эмоциональные, и когнитивные аспекты. На этой стадии идет уточнение проблемных вопросов до того момента, пока клиент и психолог не будут одинаково их видеть и понимать. Проблемы формулируются конкретными понятиями, которые позволяют осмыслить их причины, а кроме того, нередко, указывают на возможные пути их разрешения. Если возникают неясности и трудности при определении проблем, то следует возвратиться к предшествующей стадии.

*Третий этап – это идентификация альтернатив.* На нем устанавливаются и обсуждаются потенциальные варианты решения проблем. Консультант при помощи открытых вопросов побуждает субъекта перечислить все возможные альтернативы, которые тот находит подходящими и реальными, способствует нахождению дополнительных вариантов, при этом собственных решений не навязывает. В процессе беседы рекомендуется письменно составить перечень альтернатив для облегчения их сопоставления и сравнения. Нужно отыскать такие варианты решения проблемного вопроса, которые субъект мог бы применить непосредственно.

*Четвертая стадия – это планирование.* На ней осуществляется критическое оценивание избранных альтернатив. Консультант помогает субъекту понять, какие представленные варианты подходят и выказывают себя реалистичными в соответствии с предыдущим опытом и сегодняшней готовности к изменениям. Составление стратегии реалистичного решения трудных ситуаций направлено также на обретение понимания клиентом, что далеко не все трудности разрешимы: некоторые из них требуют затрат временного ресурса, другие – возможно разрешить частично путем уменьшения их разрушающего и дезорганизирующего воздействия. На этом этапе рекомендуется в аспекте решения проблем предусмотреть, какими методами и способами субъект сможет проверить реалистичность решения, предпочтенного им.

*Пятая стадия – это непосредственно деятельность, то есть происходит последовательное воплощение намеченной стратегии решения проблем.* Психолог помогает клиенту выстраивать деятельность, учитывая обстоятельства, эмоциональные и временные затраты, а также возможности неуспеха в реализации целей. Индивид должен осознать, что частичный провал, еще не становится полным крахом, поэтому следует продолжать осуществлять стратегию разрешения трудностей, направляя все действия на конечную цель.

*Последний этап заключается в оценивании и поддержании обратной связи.* Субъект совместно с психологом на этом этапе подвергает оценке степень достижения цели (то есть уровня разрешения проблемы) и подводит итог достигнутых результатов. При необходимости возможна детализация и уточнение стратегии решения. В случае появления новых или обнаружения глубоко запятанных проблем следует возвращаться к предшествующим стадиям.

Описанная модель отражает содержание консультативного процесса и помогает лучше понять, каким образом проистекает конкретное консультирование. На практике процесс консультирования значительно более обширен и зачастую не всегда руководствуется данным алгоритмом. Кроме того, выделение стадий или этапов условно, так как на практике одни этапы соединяются с другими, а их взаимозависимость намного сложнее, нежели представлена в описанной модели. (Ист. там же).

**Формы консультирования:** *контактное, дистантное, телефонное, переписка, индивидуальное, групповое.* (Ист. Техники консультирования и психотерапия. - М., 2012).

**Контактное («очное») консультирование.** Для контактного консультирования характерно то, что консультант встречается с клиентом, и между ними происходит беседа. Контактная беседа является наиболее распространенным видом консультационного процесса. Одной из основных ее форм является интервью. Оно предполагает оказание воздействия на клиента с помощью вопросов и специальных заданий, раскрывающих его потенциальные возможности. Контактное консультирование может быть индивидуальным и групповым.

**Дистантное консультирование** распространено в связи с развитием компьютеризации. (Ист. там же).

**Телефонное консультирование** («телефон доверия») имеет место в основном при медицинских психиатрических учреждениях, в частности для профилактики суицидов граждан, обращающихся за психологической поддержкой.

**Переписка** распространена в настоящем в социальных сетях. В отдельных случаях применяется в пролонгированных консультациях. (Ист. там же).

**Индивидуальные консультирование** проводятся в том случае, когда разговор имеет отношение лишь к данному клиенту. (Ист. там же).

**Групповое консультирование** возможно с клиентами, имеющими сходные проблемы и выразившими желание работать в группе. Они организуются после предварительных индивидуальных консультаций с каждым из потенциальных членов будущей группы. Существует много способов (вариантов) проведения групповых консультаций: 1) квалифицированное изложение специалистом или одним из клиентов информации по интересующей всех теме, проблеме; 2) обсуждение общезначимого события из жизни; 3) прослушивание аудиозаписи или просмотр видеоматериалов, запечатлевших отдельные моменты, раскрывающие тему; 4) практикумы и тренинги, направленные на обучение способам организации или коррекции собственных взаимоотношений. (Источник: Г.А. Абрамова. Практическая психология. - М., 1997).

#### **Алгоритм технологии консультирования:**

1. Установление контакта с клиентом.
2. Определение динамики эмоционального состояния клиента.
3. Вхождение в новый опыт через психотерапевтическое пространство.
4. Обеспечение смысловых трансформаций в решении проблемы клиента (доступная пониманию клиента интерпретация, а также рекомендация по конкретным действиям для разрешения проблемы). (Источник: А. Ф. Бондаренко Психологическая помощь: теория и практика. Уч. пособие. - М., 2009).

Психолог-консультант в своей работе придерживается «этического кодекса»: конфиденциальность, безоценочное и доброжелательное отношение к клиенту, ориентация психолога на нормы и ценности клиента, отсутствие советов и готовых решений, разграничение личных и профессиональных отношений.

Отношения психолога-консультанта и клиента носят особый характер и имеют определённый терапевтический эффект, поэтому наличие других отношений (дружеских, родственных, рабочих) является крайне нежелательным. По этой причине психологам запрещается консультировать близких друзей, родственников, супругов. От консультанта потребуются ряд личностных качеств: быть коммуникабельным, проницательным, терпеливым и ответственным. (Ист.: [https://samopoznanie.ru/schools/psihologicheskoe\\_konsultirovanie/](https://samopoznanie.ru/schools/psihologicheskoe_konsultirovanie/))

\_\_\_\_\_ **Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова.

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ЛЕКЦИЯ** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

## МОДУЛЬ 10: ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА И КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА.

### Тема 10.1. Введение в психотерапию и медицинские показания к ней

Психотерапия (др.-гр. *ψυχή* - «душа», «дух» + *θεραπεία* - «лечение», «оздоровление») является специфическим методом лечения, где эффект достигается эмоциональным зарядом информации психологического воздействия на клиента/пациента. Многообразие направлений, течений, школ и конкретных методов психотерапии основывается на разных терапевтических подходах и, к сожалению, до сих пор не имеет единого определения предмета. По отечественной традиции психотерапия - это метод лечения, в зарубежных исследованиях - это психологическое воздействие с целью помощи клиенту в разрешении его проблем. *При медицинском подходе «больной-здоровье-болезнь» психотерапия:* а) система лечебных воздействий на психику человека, а через неё на организм; б) специфическая эффективная форма воздействия на психику человека для сохранения его здоровья; в) процесс лечебного воздействия на больного, объединяющий лечение и воспитание. *При психологическом подходе, включающем понятия: межличностное взаимодействие, психологические средства, проблемы, конфликты, отношения, установки, эмоции, поведение, психотерапия есть:* а) особый вид межличностного взаимодействия психологическими средствами разрешать затруднения и проблемы человека; б) средство, использующее межличностные взаимоотношения человека в модификации состояния и поведения; в) длительное межличностное взаимодействие специалиста с человеком для разрешения его конфликтов и противоречий. По мнению Б.Д. Карвасарского, психотерапия отличается от других методов: 1) при проведении применяются психологические средства изменения личности на основе психологии; 2) применение средств и методов осуществляется профессионально подготовленными специалистами (врачи, психологи, специалисты по соцработе); 3) с помощью психотерапии лечат лиц, страдающих расстройствами психики. (Источник: Справочник практического психолога: Психотерапия / Сост. В.А. Соловьёва. - СПб., 2007).

Выделяют симптоматическую психотерапию, направленную на конкретный симптом, и патогенетическую (лично-ориентированную), направленную на глубинные причины расстройств, коренятся в структуре личности больного. **Симптоматическая психотерапия:** гипноз, аутогенная тренировка, медитация, техники психосаморегуляции, суггестия. **Патогенетическая психотерапия:** психоанализ; бихевиоральная, клиент-центрированная, экзистенциальная психотерапия и т.д. базируются на основных течениях современной психологии и ведущих теорий личности.

Выбор метода психотерапии, постановка и реализация психотерапевтических целей и задач определяются, исходя из показателей больного и болезни, особенно его личности, уровня его психосоциальной адаптации и синтезированного многомерного диагноза (медицинского, психологического, функционального).

\_\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Композиционная лекция. **Цель:** Структурирование материала. **Задача:** Изложение материала. Требования к лекции: Конкретность содержания материала. ]

В отечественной практике придерживаются классификации принципов выбора и метода психотерапии в зависимости от заболеваний (Strotska H.1986): 1) при острой истерической симптоматике предпочтительна суггестия; 2) при вегетативных нарушениях - аутогенная тренировка; 3) при жизненных трудностях - «разговорная терапия»; 4) при фобиях-поведенческая терапия; 5) при характерологических нарушениях- гештальттерапия, психодрама; 6) при расстройствах, связанных с семейными проблемами,- семейная психотерапия; 7) при комплексных расстройствах - глубинная психотерапия. (Ист.: В.Т. Кондрашенко, Д.И. Донской. Общая психотерапия.- Минск, 1989).

**При всём многообразии сложились три основных направления в теории психотерапии: психодинамическая, поведенческая и гуманистическая («опытная»).** В рамках психодинамического подхода в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения рассматриваются бессознательные психические процессы, а невроз (личностное расстройство) как следствие конфликта между бессознательным и осознанием. Психотерапия направлена на достижение осознания конфликта и собственных бессознательных процессов. Представители поведенческого направления фокусируют внимание на поведении, доступного непосредственному наблюдению. Социо-нормативное адаптированное поведение не вызывает болезненных проблем, а любая дезадаптация (личностные расстройства) сформирована не правильным научением. Целью психологического вмешательства является замена неадаптивных форм поведения на эталонные, нормативно-приемлимые. Гуманистическое направление исходит из уникальности человеческой личности, где основной потребностью рассматривается самореализация в самоактуализации. В самом общем виде невроз является следствием блокирования этой потребности, что связано с недостаточным самопониманием, неполным принятием себя, недостаточной целостностью «Я». Целью психологического вмешательства будет создание условий, при которых человек сможет пережить новый эмоциональный опыт, способствующий осознанию, принятию себя и интеграции своих качеств и свойств.(Ист.:Справочник практич. психолога: Психотерапия/Сост.В.А.Соловьёва.-СПб.,2007).

Общие факторы психотерапии в настоящее время находятся в попытке синтезировать концепции и технические приёмы в поиске более гибкой интерактивной психотерапевтической парадигмы. Такими являются: 1) обращение к эмоциональным отношениям; 2) самопонимание клиента/пациента; 3) представление определённой информации и её получение клиентом/пациентом; 4) укрепление веры больного в выздоровление; 5) накопление и развитие положительного опыта; 6) облегчение выхода эмоций. Перечисленные факторы совпадают с механизмами лечебного и психологического воздействия и отражают направления когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер жизни.

**Показания психотерапии основаны на комплексном подходе этиопатогенеза биологического, психологического и социального факторов. Определяется ролью психологического фактора в этиопатогенезе заболевания.** Чем больше удельный вес психологического фактора, тем большее место психотерапия занимает в системе лечебных воздействий. Кроме того, показания определяются возможными последствиями заболевания: 1) *вторичная невротизация*, вызванная психотравмирующей ситуацией первичного основного заболевания; 2) *неадекватная реакция личности на болезнь*: анозогнозия и ипохондрия; 3) *изменения и социально-психологические последствия болезни*, меняющие привычный образ жизни, социальный статус, установки, потребности, стремления, изменения в семейной или профессиональной сфере, снижения работоспособности, мотивационных компонентов и пр.; 4) вследствие длительного (хронического) заболевания, *предполагаемая или совершившаяся динамическая трансформация*, выраженные в повышенной сентисивности, тревожности, мнительности, эгоцентричности и др., что нуждается в коррегирующей



щих воздействиях. И в каждом конкретном случае показания к психотерапии определяются нозологической принадлежностью и индивидуально-психологическими особенностями клиентов/пациентов, мотивацией к участию в психотерапии. (Ист. там же). **Психотерапевтическое вмешательство или психотерапевтическая интервенция – это вид психотерапевтического воздействия, характеризующийся определёнными целями, и соответствующими средствами и методами воздействия.** Понятие психотерапевтического вмешательства может означать конкретный приём, например, разъяснение, конфронтацию, научение, тренинг, внушение и т.д. Клинико-психологические интервенции являются средствами, которые выбирает психотерапевт: беседа, тренинг (упражнение), межличностные отношения как фактор воздействия. Теоретическое обоснование клинико-психологического вмешательства подтверждается концепциями и основывается на знаниях о норме и патологии. **Цели, задачи, механизмы, стадии, тактики, стратегии, техники обычно рассматриваются на модели невротических расстройств.** Психотерапевтическое воздействие адресовано психической реальности и структуре: психические процессы, состояния, свойства. Психические процессы, связанные с раздражителями, могут быть познавательные, эмоциональные, волевые. Когда они фиксируются, то переходят в психические состояния. Текущую деятельность обслуживают познавательные процессы: внимание позволяет сосредоточиться, мышление решает логические задачи; эмоции обеспечивают связь с психической реальностью. Когда психические процессы фиксируются, то могут переходить в состояния. Психическое состояние моделирует психические реакции. С клинической точки зрения, психические состояния: познавательные (интерес), эмоциональные (тревога), волевые (мотивационные), могут быть положительными (эйфория) и отрицательными (депрессия). Устойчивые и длительные состояния могут переходить в свойства личности, например, склонность реагировать эмоцией тревоги или агрессивность как навык нападения. (Ист. там же).

Психологическое (психотерапевтическое) воздействие может быть адресовано личности человека и его свойствам. Патогенетическая психотерапия направлена на причину психологического страдания, а симптоматическая на симптом. **Мишень психотерапевтического воздействия: «личность-отдельные свойства личности-эмоционально-негативные психические состояния».** В психотерапии личностных свойств целью является разрешение внутриличностного конфликта и гармонизация личностных свойств в сторону личностного роста и совершенствования. При воздействии на психическое состояние будет нивелирование эмоционально-негативных состояний. **Объектом коррекции становятся четыре основных эмоциональных состояний: тревога, депрессия, агрессивность, астения.**

**Тревога** – это состояние, возникающее в неопределённости и ожидании с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом. Тревога есть эмоция, направленная в будущее и связанная с ожиданием неудач, где происходит их программирование. Функционально тревога предупреждает о возможной опасности и побуждает к поиску, конкретизации и выявлению объекта тревоги. По мнению Ф.Б. Березина (1988), тревога представляет нарушенную адаптацию. Страх и тревога изменяют течение познавательных процессов. Интенсивное переживание тревоги, паники, ужаса приводит к дезорганизации интеллектуально-мнестической деятельности. У больных неврозами при тестировании снижается интеллектуальный коэффициент. Наблюдается повышение или снижение чувствительности, перцептивной деятельности. При незначительной тревоге повышение концентрации внимания с ростом аналитико-синтетического мышления, при интенсивной тревоге (паника, ужас) – ослабление концентрации внимания, нарушение оперативной памяти, дезорганизация, растерянность, снижение воли.

**Депрессия:** подавленность, пассивность, безразличие, апатия, угнетение, печаль, потеря аппетита, бессонница, уход от социальных контактов, раздражительность. Ослабление интересов и концентрации внимания часто возникает при хронических соматических заболеваниях. Уныние, пассивность, зависимость, избегание, паралич воли могут быть и компонентами личности. Э.Клиппер предложил «побудительную теорию депрессии», где в первой фазе индивид пытается вернуть утраченное, а во второй

фазе реагирует гневом и агрессией. Когда обе фазы не дают результата возникает депрессия. Переживания, связанные с прошлым, утрата жизненной перспективы приводят к обесцениванию настоящего. Самооценка резко снижена. Изменённым оказывается восприятие времени, которое «течёт мучительно долго», замедленность реакций, безынициативность, быстрая утомляемость. (Ист. там же).

**Агрессивность** всё больше проявляется в современном обществе: аутоагрессия (злоупотребление алкоголем и др. веществами, в т.ч. суициды), и гетероагрессия. Агрессивность может быть устойчивой чертой личности. Рассматривается в целостности психического контекста и структурно-функциональных взаимосвязей, поэтому имеет разное значение: социально-позитивное, динамическое, целенаправленное поведение, способствующее сохранению целостности и автономности личности, её активности и установлению социальных контактов, поддержанию определённой структуры и иерархии доминантных отношений, а в другом случае трансформируются в делинквентное или криминальное поведение. Агрессия может быть конструктивной (прямое, открытое проявление агрессии в социально неприемлемой форме с негативным результатом) или дефицитарная (подавленная, нереализованная, с дефицитом поведенческих навыков). Свойство агрессивности взаимосвязано с другими свойствами и структурами: переживание тревоги; локус контроля; уровень развития эмпатии; ценностные ориентации; самооценка. Стимулируют агрессию импульсивность (взрывчатость), эмоциональная холодность и гнев. К факторам, сдерживающим агрессию, относят адекватное отражение действительности, выражение эмпатии, развитый контроль эмоций и поведения в целом. (Ист. там же).

**Астеническое состояние** наиболее распространённый синдром в клинике нервных, психических и соматических заболеваний. Возникает как следствие перенесённых интоксикаций, инфекционных заболеваний. Астения сопровождает начальные стадии многих тяжёлых органических поражений мозга, психических заболеваний. Астения знаменует наступление реколенвалесценции (*поздн.лат. reconvalescencia-выздоровление*) после лечения или спонтанный выход из психоза. А также явления самостоятельной формой болезни после переутомления или психической травматизации (неврастения). Сочетается с вегетативными симптомами и нарушениями сна. Наблюдается общая слабость, повышенная истощаемость, раздражительность, нарушение внимания, расстройства памяти. Выраженный астенический синдром: ослабление/утрата способности продолжительной физической и умственной напряжённости; аффективная лабильность с преобладанием неустойчивого настроения и слезливости, сочетающая повышенную возбудимость и быстро наступающее бессилие и гиперстезию (повышенная чувствительность к яркому свету, громким звукам, резким запахам, прикосновениям и их переносимости). Частые головные боли, сонливость или упорная бессонница, разнообразные вегетативные нарушения. Астения есть чрезмерное расходование сил в результате повышенной реактивности и замедленное их восстановление. Первое проявление: повышенная утомляемость и раздражительность, наряду с постоянным стремлением к деятельности. В тяжёлых случаях аспонтанность, раздражительность, напоминающую депрессию, но субъективно определяется вялостью, недомоганием, расстройством сна (раннее просыпание) с безотчётной тревогой (атеросклероз сосудов), вегетативные нарушения: колебания артериального давления; тахикардия; побледнение-покраснение кожных покровов; ощущение жара тела; повышенная зябкость; усиленная потливость (ладони, стопы, подмышечные впадины); головные боли (по утрам или постоянные). **Раздражительность** может проявиться в гневливости, взрывчатости, повышенной возбудимости, ворчливой обидчивости, придиричивости, недовольная брезгливость. Суевливая тревожность, недовольство, непоследовательность при атеросклеротической этиологии. Внутренняя тревога, беспокойство, «неумение отдыхать» при неврастении. Бывает ранимость, сенситивность, недовольство, могущие быть кратковременными и сменяться улыбкой и извинениями. **Слабость** проявляется: чувство бессилия, адиномия, вялость, затруднения в мышлении, сонливость, беспричинная усталость, повышенная истощаемость с резкой потливостью и тремором. (Ист.т. же).

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова.

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ЛЕКЦИЯ** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

**МОДУЛЬ 10: ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА И КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА.**

**Тема 10.2. Динамическое направление психоаналитической терапии.**

Динамическое направление исходит из классического психоанализа З. Фрейда, и включает общую теорию психического развития, теорию психологического происхождения неврозов и психоаналитическую терапию. В основе теории развития неврозов концепция о стадиях детской сексуальности. Фрейд описал генетические типы характера, представления о регрессе в точках фиксации, которыми являются стадии развития сексуальности и учение о сублимации. В теории происхождения неврозов лежат переживания вследствие столкновения несовместимых тенденций, где одновременно действуют мотивы, определяющие чувства, и поведение. *Автор выделил: психоневрозы, актуальные неврозы и неврозы характера.* К психопатологической симптоматике относил тревожные и астенические расстройства. В целом, психоаналитическая теория отводит ведущую роль сложному взаимодействию инстинктов, мотивов и влечений, конкурирующих меж собой за главенство в регуляции поведения человека. Понятие динамика, применительно к личности, подразумевает, что поведение человека детерминировано (*лат. determinans – определяющий*), а не произвольное или случайное. (Ист.: Справочник практического психолога: Психотерапия/Сост. В.А.Соловьёва. -СПб.,2017).

Мотивируют поведение людей инстинкты (психическое выражение импульсов и стимулов, идущих от организма). Их цель в ослаблении или устранении возбуждения и стимулов, связанных с нуждами организма, т.е. удовлетворения потребности за счёт соответствующего поведения, например, голод заставляет искать пищу. Фрейд выделил две группы инстинктов: инстинкты жизни (Эрос), направленные на самосохранение и поддержание жизненных процессов (голод, жажда, секс и т.п.), и инстинкты смерти (Танатос), т.е. разрушительные силы, направленные или (агрессия) или вовнутрь (аутоагрессия), например, садизм, мазохизм, ненависть, суициды и т.д.). Энергию инстинктов жизни назвал «Либидо», и считал, что существует несколько сексуальных инстинктов, каждый из которых связан с определённым участком тела (эрогенные зоны: рот, анус, половые органы). Был уверен, что эрогенные зоны являются потенциальным источником напряжения, а манипуляции с ними вызывают удовольствие. (Ист. т.ж.) В концепции организации психики Фрейд, которого считают первым практиком-психологом, создал две модели личности: топографическую (уровни сознания) и структурную (личностные компоненты). В топографической модели выделил три уровня: сознание (Супер-Эго), предсознание (Эго) и бессознательное (Ид). Личностная организация представлена в трёх компонентах \_\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Композиционная лекция. **Цель:** Разъяснение опорных положений. **Задача:** Детальное изложение материала. Требования к лекции: Структурирование информации. ]

(инстинктах): бессознательное (Оно), предсознательное (Я), надсознательное (Сверх-Я). По Фрейду, Ид или Оно стремится к разрядке и обусловлено сексуальными и агрессивными побуждениями, являясь резервуаром Либида. Рассматривается посредником между соматическими и психическими процессами в организме. **Ид (Оно) живёт принципом удовольствия организма.** Эго (Я) ответственно за принятие решений. Разумная и рациональная часть психики, стремящаяся выразить и удовлетворить желания Ид (Оно). Вынуждено постоянно осуществлять дифференцирование между внутренними желаниями и реальными событиями во внешнем мире. **Эго (Я) использует когнитивные и перцептивные стратегии по принципу реальности.** Супер-Эго (Сверх-Я) препятствует реализации желаний и стремится подавить их. Это интериоризированные родительские и социальные ценности. Действия этой части психики между «надо» и «нельзя» являются индивидуализированным отражением коллективной совести. **Супер-Эго (Сверх-Я) живет моральными принципами долженствования.** Развитие личности (по Фрейду) проходит в четырёх последовательных стадиях: оральная, анальная, фаллическая, генитальная. В концепцию включён ещё латентный период (между 6-7 годами жизни ребёнка). (Ист.:там же).

**Оральная стадия развития (0-18 мес.):** зона сосредоточения Либида-рот (сосание, жевание, кусание). Выживание зависит от тех, кто заботится о ребёнке. А зависимость-это единственный способ младенца получить инстинктивное удовлетворение. В этот период закладываются установки: зависимость-независимость, доверие-недоверие миру или опора в отношении других людей. У ребёнка, чрезмерно или недостаточно стимулированного в младенчестве, в дальнейшем формируется орально-пассивный тип личности: весёлый, шумный, оптимистичный, ожидает от окружающего мира «материнского» отношения к себе и постоянно ищет одобрения, причём любой ценой. Психологическая адаптация в доверчивости, пассивности, незрелости, чрезмерной зависимости. После 6 мес. у ребёнка начинается орально-агрессивная или орально-садистская фаза развития. Кусание и жевание выражают фрустрацию, вызванную отсутствием матери и отсрочкой удовлетворения. Фиксация этой стадии у взрослых проявляется в пессимизме, спорах, сарказме, циничном отношении к окружающим. С таким типом характера людям свойственно доминировать, эксплуатировать других людей для достижения собственных целей и удовлетворения нужд. (Ист.:там же).

**Анальная стадия развития (1,5-3 года):** зона сосредоточения Либида в анусе, выполняющем функцию удержания или выталкивания фекалий, отчего маленькие дети получают значительное удовлетворение при опорожнении кишечника. Все формы самоконтроля и саморегуляции берут начало в анальной фазе развития, где отмечаются родительские тактики. Некоторые родители жёстко требуют, чтобы ребёнок немедленно сходил на горшок, но в ответ ребёнок может отказаться это делать, и у него разовьются запоры. Когда подобное начинает распространяться на другие формы поведения, то формируется анально-удерживающий тип личности: упрямство, скупость, методичность, пунктуальность. Наблюдается недостаточная способность переносить беспорядок, неразбериху, неопределённость. Второй вариант жёстких требований к туалету приводит к формированию анально-выталкивающего типа личности: склонность к разрушению, неорганизованность, беспокойство, импульсивность, садистская жестокость. Третий вариант-не приучение к горшку порождает неряшливость, безалаберность, расхлябанность, разгильдяйство. (Ист.:там же).

**Фаллическая стадия развития (3-6 лет):** Либида сосредотачивается в области половых органов, а энергия разряжается мастурбацией. Дети часто рас-

сматривают свои половые органы, играют ими или мастурбируют. Фрейд считал, что в этом возрасте дети понимают значение полового акта и воспринимают его как агрессию отца по отношению к матери. Доминирующий конфликт автор назвал «**Эдипов комплекс**» по имени героя трагедии Софокла «Царь Эдип», в которой Эдип, царь Фив, непреднамеренно убил своего отца, и вступил в кровосмесительную связь с матерью, царицей Фив. Когда Эдип понял чудовищный грех, то сам себя ослепил. Миф символизирует неосознанное желание каждого ребёнка обладать родителем противоположного пола и одновременно устранить родителя одного с ним пола. Фрейд принимал идею подтверждения комплекса в родственных связях и клановых взаимоотношений, идущих от примитивных сообществ. У мальчика первоначальным объектом любви выступает мать, а отца воспринимает как конкурента. Соперничество влечёт за собой страх, что отец лишит его пениса (страх до сих пор имеет место у некоторых примитивных племён Америки и Африки), т.е. страх кастрации. Примерно к 6-7 годам Эдипов комплекс разрешается, и мальчик начинает идентифицироваться с отцом, впитывает основные социальные запреты и моральные нормы, что совокупно подготавливает почву для развития Супер-Эго (Сверх-Я)(Ист.:т. ж).

Версия для девочек получила название «**Комплекс Электры**». Прообразом послужила мифологическая греческая Электра, которая уговорила брата Ореста убить их мать и её любовника, чтобы отомстить за смерть отца, которого ранее злонамеренно умертвил этот самый любовник. Фрейд считал, что аналогичным способом девочка также избавляется от своего комплекса, когда получает символический доступ к своему отцу, увеличивая шансы, когда-нибудь выйти замуж за мужчину, похожего на отца. (Ист.:там же).

Взрослые мужчины с фиксацией на фаллической стадии ведут себя дерзко, хвастливо, опрометчиво, непрерывно доказывая свою мужественность и половую зрелость. Один из путей – безжалостное завоевание женщины (поведение Дон Жуана). У женщины эта фаза проявляется в желании флиртовать, в бесконечных увлечениях, в беспорядочных половых связях. А некоторые женщины борются за главенство над мужчинами: настойчивые, напористые, самоуверенные, часто считающие, что «все мужчины сволочи» (их женщин называют «кастрирующими»). (Ист.:там же).

Неразрешённый Эдипов комплекс и Комплекс Электры основной источник невротических моделей поведения, импотенции и фригидности.

Период 6-12 лет- латентная стадия развития. Либи́до отсутствует и посредством сублимации направляется на интеллектуальные занятия, спорт, отношения с другими людьми. (Ист.:там же).

**Генитальная стадия развития** (12-14 лет) занимает весь период пубертата (полового созревания). Вступление в эту фазу взросления отмечается наиболее полным удовлетворением сексуального развития. Основная задача: установление интимных отношений, влюблённость, внесение трудового вклада в общество. Согласно Фрейду, все в подростковом возрасте проходят через «гомосексуальный период», поэтому подростки предпочитают опыт общения со сверстниками. Однако постепенно объект энергии Либи́до направляется на партнёра противоположного пола. И начинается ухаживание, что затем, в норме, приводит к выбору брачного партнёра и созданию семьи. Генитальный характер (по Фрейду)-это идеальный тип личности: зрелый, ответственный в социально-сексуальных отношениях человек, испытывающий удовлетворение в гетеросексуальной любви, в эмоциональных семейных связях. (Ист.:там же).

*Психосексуальное развитие – это биологически детерминированная последовательность, развёртывающаяся в неизменном порядке и присущая всем*

людям, независимо от культурального уровня. Чем хуже человек справляется с освоением требований и задач возрастных периодов психосексуального развития и становления зрелости, тем больше подвержен регрессии в будущем, находясь в условиях эмоционального и физического стресса. (Ист.:там же).

Логика теоретических построений Фрейда на двух факторах: фрустрация от нехватки родительской любви или сверхзаботливость родительского отношения, когда в дитятке «души не чают», делая их психологическими «инвалидами». В любом из этих случаев происходит скопление Либида. При оральной фиксации в одном поведении возникает регрессия, например как сосание пальца у десятилетнего мальчика, а во взрослом состоянии прикладывание к горлу бутылки, например, «пивка попить», в другом случае истерические крики (открытый рот) и низменные потребности удовольствия (попить, поесть, «потрахаться»). При анальной фиксации в поведении регрессия в мелочности и скряжничестве или психопатической расторможенности. При генитальной фиксации регрессия во фрустрации отвержение брачных отношений или отторжение противоположного пола, особенно похожего на родителя противоположного пола, а при сверхзаботливости-избегание ответственности за брачные отношения или «вечный поиск» идеала, похожего на родителя противоположного пола.

**Задача психотерапевта-психоаналитика вскрыть и перевести в сознание бессознательные тенденции, влечения и конфликты.** В процедуру психоанализа входит: конфронтация; прояснение; интерпретация; преодоление. Для достижения цели психоаналитик использует: свободные ассоциации; символические проявления бессознательного (оговорки, описки, очитки, обмолвки, забывания слов, ошибочные действия); перенос; анализ сновидений; анализ фантазий; работа с сопротивлением и защитами. (Ист.:там же).

В психоанализе большое значение имеет работа с механизмами психологических защит для достижения психологической компенсации (сублимации):



**Схема основных психологических защит и их взаимосвязанность (по Фрейду)**

Психологическая компенсация (сублимация)-это процесс, возникающий в результате задержки или вытеснения той или иной потребности и поломки функционального механизма, предназначенного для первичной адаптации. Является вторичным по отношению к психологической защите, и представляет процесс вторичной адаптации. (Ист.В.А.Минутко. Справочник психотерапевта.-М.,1999).

Существует два типа современной психоаналитической терапии: инсайт-ориентированная (сеансы проводятся индивидуально и несколько раз в неделю в течение одного года или до трёх лет) и суппортивная, соединяющая психоаналитические приёмы и социальную реабилитацию, представляющая поддержку больного и часто используемая для психотических пациентов в кризисной ситуации: ограничение окружения, «разговорная терапия» и помощь для социальных изменений.

**Составитель материала:** преподаватель А.Д. Набатникова.

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ЛЕКЦИЯ** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

**МОДУЛЬ 10. ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА И КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА.**

### **Тема 10.3. Бихевиоральное и гуманистическое направления в психотерапии**

**Бихевиоральная (поведенческая) терапия** одна из ведущих в современной психотерапии. В самом общем виде центрируется на изменении поведения клиента/ пациента, при котором происходит трансформация в когнитивной, эмоционально волевой и поведенческой сферах личности. Включает широкий круг методов от внешнего (классическое и оперантное обусловливание) к внутреннему научению (социальное научение, моделирование поведения, когнитивный подход). Поведение отражает эмоционально-субъективные, мотивационно-аффективные, когнитивные и вербально-когнитивные проявления, выраженные в убеждениях, установках и ожиданиях. Термин «поведенческая психотерапия» впервые встречается в работах Скиннера и Линдсли в 1953г. Но ещё ранее В.М. Бехтерев (1913-1915) предложил метод сочетательно-рефлекторной терапии на основе рефлекторной теории И.П. Павлова и широко практиковал гипноз. Сегодня в отечественной практике классические приёмы гипноза, по-прежнему, относят к симптоматической поведенческой психотерапии. В 1940-е годы А. Сальтер создал метод условно-рефлекторной терапии больных. А Д. Вольпе начал разрабатывать метод систематической десенсибилизации по снижению страха и тревожности. (Ист. В.Г.Ромек. Поведенческая психотерапия.-М.,2002). В этот же период американский психолог Б.Ф.Скиннер расширяет применение рефлекторной теории И.П. Павлова моделью оперантного обусловливания. (Ист.: Н.Д. Линде. Основы современной психотерапии.-М.,2002). **Объединение разнородных проявлений в единое понятие поведения свидетельствует, что они имеют общие закономерности научения, чтобы управлять поведенческим актом.** Теоретической основой выступает бихевиоральная (англ. *behaviour*- «поведение») психология (Дж. Уотсон, XX в.). Методологические предпосылки построены на философии позитивизма, доступного непосредственному наблюдению. Поведение понимается как совокупность реакций в организме под воздействием внешней среды и набор фиксированных стимул («стимул-реакция»: S→R). Усложнённая схема (Э.К. Толмен, К.Л. Холл): S-r-s-R, где r-s -это психологические образования на стимулы познавательных и побудительных факторов, действующих между стимулами и ответными реакциям, научно закрепила поведенческое направление терапии. **Центральная задача: научение как процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений, навыков, т.е. проявления определённых моделей поведения в условиях действующих раздражителей.**(Источник: Справочник практического психолога: Психотерапия/Сост. В.А.Соловьёва.-СПб.,2007).

\_\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Обзорная лекция. **Цель:** Систематизация материала. **Задача:** Разъяснение базовых понятий. Требования к лекции: Структурирование информации. ]



Классическое обусловливание S(стимул)- R(реакция) происходит (И.П.Павлов): а) при совпадении индифферентного и безусловного раздражителей; б) при повторении и многократном их сочетании, что требует научения и закрепления его результатов и последствий. Правильные реакции поощряются, за неверные следует наказание, т.е. оперантное обусловливание, в любом случае, вызвано подкреплением. А.Бандура (медиаторно-стимульная ассоциативная теория) предложил обучение участника не только на собственном опыте, но и за счёт наблюдения за другими, т.е. процесс моделирования (*фран. model-образец*). Автор выделил три основные регуляторные системы функционирования индивида: предшествующие стимулы; обратная связь; когнитивные процессы. Наряду с внешним способом регуляции, существует самоналагаемое поведение когнитивного приобретения. Теория инструментального (оперантного) обусловливания (Э.Л. Торндайк и Б.Ф. Скиннер) объясняет, что реакция организма формируется по методу проб и ошибок. А модификация осуществляется за счёт влияния на его результаты. Представитель такого когнитивного подхода Э. Эллис центральным понятием определяет иррациональные когниции. Другой психотерапевт А.Бек обращает внимание на ошибки в когнитивных выводах. **Концепция патологии в когнитивно-поведенческой психотерапии состоит в определении личностного опыта, приобретаемого в жизни, как не адаптивного (норма) и нарушающего поведение вследствие неправильно усвоенных реакций.** Когнитивно-поведенческие терапевты фокусируют внимание на промежуточных переменных (когнитивные процессы). При эмоциональных расстройствах причиной длительных негативных состояний является когнитивный поток, основанный на субъективной оценке ситуации. Автоматические мысли специфичны, дискретны и представляют стенограмму в свёрнутом виде в сознании человека. Deskриптивные (описательные мысли) содержат информацию о реальности, а оценочные когниции - отношение к реальности. Иррациональные установки - это жёсткие когниции (предписания, требования, приказы), препятствующие нормальному функционированию. У нормально функционирующих индивидов есть рациональная система установок как гибкая эмоционально-когнитивная связь **Задача когнитивной психотерапии: найти искажения когнитивного процесса восприятия и их исправить.** (Ист. там же).

Неадаптивное поведение и клинические симптомы представители поведенческого направления рассматривают как результат, что человек не научился или научился неправильно, усвоив неадаптивные реакции. Модификация направлена на управление поведением человека, переучивание, редукцию или устранение симптомов и приближение к адаптивным формам, т.е. замену страха и беспокойства на релаксацию и полное устранение симптоматики. Цель: приобретение новых умений; совладание (копинг-умения); повышение коммуникативной компетенции; преодоление дезадаптивных стереотипов и деструктивных эмоциональных конфликтов. Научение осуществляется непосредственно, целенаправленно, систематически и осознаваемо клиентом/пациентом. **Процедуры:** идентификация; анализ; интервью; научение. (Ист. там же).

Основные положения: болезнь (симптомы) - есть непатологические «проблемы жизни»: тревожные реакции; сексуальные отклонения; расстройства поведения. Патологическое поведение считается приобретённым. Диагностика осуществляется на детерминации настоящего. Успешность в изменении проблемного поведения не обязательно подразумевает знание этиологии поведения. Однако как в любом лечении потребуются предварительный анализ состояния пациента. Стратегия лечения вырабатывается индивидуально. (Ист. там же).

**Гуманистическое направление** в психотерапии наиболее неоднородное. Однако во всех подходах личностная интеграция и восстановление целостности личности рассматривается как основная цель психотерапии, что достигается за счёт переживания, осознания, принятия и интеграции нового опыта в терапевтическом процессе. *Гуманистическая психология рассматривает личность как уникальную и целостную систему.* Направление психотерапии основано на экзистенциальном (бытие и становление личности) и на феноменологическом (описательная реальность) подходах. Движущие мотивы личностного развития: осуществление потенциальных возможностей; стремление к самореализации и самовыражению; самоактуализация в осуществлении определённых жизненных целей и раскрытие смысла собственного существования (экзистенции). Потребность в самоактуализации провозглашается как высшая ступень и главный мотивационный жизненный фактор. Но самоактуализация связана с риском, ошибками, а значит, увеличивает тревогу и страх, что формирует невротизацию личности, но остаётся желаемой потребностью современника. Преодоление барьеров на пути самоактуализации личности по-разному осуществляются в методах гуманистической направленности (Источник: Справочник практического психолога: Психотерапия/Сост. В.А.Соловьёва.-СПб.,2007).

К. Роджерс (1902-1987) главным мотивационным фактором выдвинул открытость новому опыту: стремление жить полной жизнью, прислушиваясь к своей интуиции; чувствовать свободу и развивать творчество души. Опыт - это совокупность переживаний (феноменальное поле жизни), а сознание - это символизация опыта переживания. Прошлый опыт создаёт поведение, которое актуализируется новым восприятием и интерпретацией событий. Организм функционирует целостно с осознанием человеком самого себя и созданием Я-концепции, т.е. устойчивой системы представлений о себе, включающей Я-реальное и Я-идеальное. Для самоактуализации необходимо наличие адекватной Я-концепции. По Роджерсу, возможности самореализации определяет конгруэнтность-неконгруэнтность (*лат. congruens- соразмерный*), что означает соответствие/ несоответствие между воспринимаемым Я и актуальным опытом переживания. Определённые расхождения между реальным и идеальным Я-образом создают перспективу развития человеческой личности. Но чрезмерное увеличение этой дистанции приводит к неудовлетворённости жизнью, неуверенности в себе, обострению защитных реакций и плохой адаптации. *Невроз рассматривается как неспособность человека к самоактуализации вследствие отчуждения от самого себя и мира.* (Ист. там же).

**Гуманистическое направление включает в себя разнообразные подходы, школы и методы, объединяющие идею личной интеграции, роста и восстановления целостности её функционирования.** Теоретической основой выступают экзистенциальные взгляды. **Цели:** помочь человеку в становлении самого себя как самоактуализирующейся личности; помощь в поиске жизненных путей; раскрытие смысла в достижении аутентичности. **Задачи:** развитие адекватного Я-образа и понимания новых ценностей. **Процедуры:** личностная интеграция; рост аутентичности и спонтанности; принятие и осознания себя во всём многообразии качеств и свойств; уменьшение расхождения между Я-концепцией и жизненным опытом. (Ист. там же).

В теории и практике наиболее известные гуманистические методы психотерапии: клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса; логотерапия В. Франкла; дизайн-анализ Бинсвангера и Босса; разговорная терапия А.М. Тауша; психотерапевтические технологии Р. Мэя, Д. Бьюдженталя, И.Д. Ялома.(Ист.т. ж.).

**В гуманистической терапии закрепились два подхода: соматический и духовный.** В соматическом подходе новый опыт приобретается за счёт общения с самим собой и разными аспектами своей личности. Акцент на двигательных методиках высвобождения подавленных чувств, осознании и принятии себя (гештальттерапия Ф. Перлза; холотропное дыхание С.Грофа и др.). Духовный подход приобретается, благодаря высшему началу, где в центре утверждение «Я» как трансперсонального опыта, расширяющегося до космического уровня. Достигается с помощью медитаций, духовного синтеза, самодисциплины, практик деидентификации, классическими методами: психосинтез А.Ассаджиоли; онтопсихология и имагогика А.Менегетти и др. Т.Б.Карасу рассматривает экзистенциально-гуманистическое направление: в концепции патологии в отчаянии человека; утрате или расщеплении «Я» и рассогласованности с собственными знаниями, а в концепции здоровья как реализацию потенциала в развитии Я-личности; в достижении аутентичной подлинности существования.

**Особое место в гуманистической психотерапии занимает отечественная православная терапия.** Это совокупность форм и подходов к врачеванию души, имеющих в основе мировосприятие, покоящееся на православной вере, духовном, аскетическом и литературном опыте Единой, Соборной и Апостольской Церкви (конфессионально определяемой как Православная). Выделяемая в самостоятельное направление, православная психотерапия определяется с религиозно-конфессиональной тональностью, потому что в её основании лежат опытно-теоретические знания православной антропологии, гомилетике (*др.гр.ὁμιλητικὴ-искусство беседы*), аскетическое и святоотеческое учение о духовной жизни, о страстях как источнике болезней, о подвижничестве как духовной брани, а также многовековой опыт церкви в деле душепопечения и понимания нравственного христианского долга в духе святого Евангелия. Специфичность этого направления в том, что помощь человеку оказывается не только в аспектах медицинского, психологического и социального, но и сотериологического (*гр. σωτηρία-спасение+ λόγος-слово*) подходов. При полном принятии значения совокупности клинических, психологических, социальных и биологических факторов опытное знание о человеке подвижников христианского благочестия, отцов и учителей Церкви, запечатлённое в их творениях в форме слов, гомилий, бесед или поучений, содержит категории и понятия, которые отличают его от аналогичных областей знания как современной научной психотерапии и психологии, так и от инославных религиозных систем, например, в трактовке единства человека (дух, душа, тело), человека как образа и подобия Божьего, благодати, трезвения, обожения, спасения. Православная психотерапии указывает не на использование религиозного опыта вообще в его социально-психологическом понимании, а только конкретного положительного опыта православной духовности, легший в основу проповеди спасения и пути подвижников. Наука нового времени прошла мимо многоценных психологических и антропологических знаний, достигнутых последователями Христа Спасителя. Своеобразие православной психотерапии состоит в том, что необходимо говорить о двух её формах: сутобо церковной и научно-практической. В первом случае психотерапевтические воздействия практики церковного душепопечения, таинств, обрядов и дисциплины, установленных с апостольских времён, незначительно корректируется на протяжении всей церковной истории. Во втором случае все виды помощи (консультирование, диагностика, профилактика, лечение) осуществляются профессиональными врачами и психологами в диапазоне психотерапевтических и общемедицинских мероприятий, при этом они не подменяют собой пастырское душепопечение и благодатные действия церковных таинств и обрядов. Это выражение тенденции наладить взаимодействие с религиозным опытом в свете православной духовности через постижение этого опыта самим психотерапевтом в личном воцерковлении и гармонично следующим за этим деятельным благовествованием, реализуемом через врачебное призвание. (Ист. Н.В. Середина, Д.А.Шкуренко. Основы медицинской психологии.-Ростов-на-Дону, 2003).

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова.

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ЛЕКЦИЯ** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

МОДУЛЬ 11: ИНТЕГРАТИВНАЯ АНАЛИТИКО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛИЧНОСТНОЙ КОРРЕКЦИИ КЛИЕНТОВ/ПАЦИЕНТОВ.

**Тема 11.1. Трансактный анализ Э. Берна в психотерапии и психокоррекции личности: введение в метод.**

Основателем трансактного анализа стал Эрика Берна (1910-1960). Это система социального переучивания, особенно уместная при коррекции нарушений психосоциальной адаптации, и её относят к поведенческой терапии. Специалист работает с клиентом/пациентом на уровне его сознания с бессознательной частью, достигая осознанности процессов. **Трансакт анализ состоит из пяти частей:** анализ психологических позиций; структурный анализ (теория эго-состояний); взаимодействие эго-состояний (общение); анализ психологических игр; анализ жизненного сценария.

**Психологические позиции** формируются в детстве на основе двух предпосылок: «Я-ОК» (хороший) или «Я-не ОК» (нехороший). По-русски звучит: «Я-благополучный» или «Я-неблагополучный». Позиция благополучия отнесена автором к «Выигрывающему жизнь», а позиция неблагополучного к «Проигрывающему жизнь». Обе позиции сочетаются в четырёх вариантах: 1) «Я-ОК, вы ОК»; 2) «Я-ОК, вы-не ОК»; 3) «Я-не ОК, вы-не ОК»; 4) «Я-не ОК, вы-ОК».

**Выигрывающий** в варианте «**Я-ОК, вы- ОК**» имеет демократическую позицию и считает, что жизнь стоит того, чтобы жить. Конструктивно решает свои проблемы. Его ожидания адекватны возможностям, не сгибаются под грузом лишних проблем. Уверенно идут по жизни, признавая и уважая значимость и других людей. *Соматически здоров. И как правило, не пользуются психологическими защитами.* (Ист. там же). Источник: А.Г. Чернецкая. Психотерапия: шаг за шагом. Учебно-практическое пособие.-Минск, 2005).

**Выигрывающий** в варианте «**Я-ОК, вы-не ОК**» имеет позицию надменного превосходства над другими. В своих ошибках упрекает окружающих. Как правило, позиция встречается среди аферистов, мошенников, параноиков, преступников или людей потенциально готовых стать таковыми. Собирает вокруг себя других, желающих подчиняться ему, чаще асоциальных психопатов, природных подхалимов, слабых личностей. Люди данного варианта позиции знают всё и везде лучше всех. Колебаний и угрызения совести не испытывают. Стремятся выделиться среди окружающих преобладанием чего-нибудь, например, яркой одеждой, маркой автомобиля или даже должностью на работе, статусом в обществе (председатель чего-нибудь, депутат, мэр и т.п.). Уважают униформы, специальные фасоны, эксклюзивные модели, экзотические аксессуары, при этом нередко носят это столь не гармонично, что в глаза бросается недостаточно художественный вкус. *Типичные болезни: гипертония, инфаркты, инсульты истерия, паранояльные реакции –«враги вокруг».* . (Ист. там же).

**Методология обучения:** Обзорно-вводная лекция. **Цель:** Формирование интереса к предмету. **Задача:** Разъяснение опорных понятий. Требования к лекции: Четкость структуры изложения.

**Проигрывающий** в варианте «**Я-не ОК, вы-не ОК**» имеет слабую жизненную позицию «Моя жизнь немногого стоит». Люди с негативным образом собственного «Я». Склонные к самоизоляции, депрессиям, самоубийствам. Принимают только на себя всю вину за происходящие с ними события в жизни. Неуверенные в себе, они низко оценивают свой труд, отказываются брать на себя инициативу и ответственность, не претендуют на успех. *Таким людям свойственны тяжёлые и тяжёлые болезни: депрессии, неврозы, вегетативно-сосудистые и психосоматические нарушения (язвы, колиты, астма и т.д.), саморазрушающее поведение (курение, алкоголизм, наркомания, переизбыток пищи и т.п).* (Ист. там же).

**Проигрывающий** в варианте «**Я-не ОК, вы- ОК**» фактически имеет патологическую позицию «жизнь вообще ничего не стоит». Люди утратили интерес к жизни, а в критических ситуациях способны на убийство или самоубийство. Безнадёжное отчаяние, которое складывается в детстве у заброшенного воспитанием ребёнка, когда он был мало нужен родителям. Здесь имеет место гендерная по полу позиция мужская и женская. Например, как специалист «Я-ОК», как мужчина –не ОК» или на работе я женщина, но профессиональный руководитель «Я-ОК», а дома «тягловая лошадь» Я-не ОК». Люди такой позиции болеют многими соматическими заболеваниями из-за сниженного настроения и иммунитета. *Многие из них всю жизнь проводят в ожидании конца, находясь в различных стационарах лечения, психиатрических, наркологических диспансерах, соматических дневных стационарах, интернатах для хроников или исправительных колониях. Бывают выброшенными из жизни и становятся бомжами.*

Для того чтобы сохранить свои представления о мире, своё место в нём, по мере взросления, личность закрепляет принятую позицию, играет в соответствующие данной позиции социальные игры и проживает соответствующий жизненный сценарий (*лат. scenario-описание, предварительный план*). Начало в младенческом периоде. Когда имеется сенсорный голод (недостаток общения, жёсткое или пренебрежительное обращение, болезнь или чрезмерная опека, лишняя самостоятельности ощущений), то у ребёнка формируется необходимость манипулирования людьми, чтобы выжить, а техники манипулирования постепенно с взрослением, человек превращает в манипулирование другими людьми, а позже и манипулятивный образ жизни. Фиксированные эмоциональные позиции личности самоутверждаются в семье, в сообществах, в целых нациях, государствах. В советский период истории преобладали установки «Я-ОК, ты-не ОК» и «Я-не ОК, ты-ОК». В постсоветской истории с равной частотой встречаются все четыре варианта позиций. (Ист.там же)

В анализе жизненных позиций по представлениям о жизни, о себе, по способам реализации своей жизни людей автор делит личностей на две категории адаптации «Выигрывающий» и «Проигрывающий». **Выигрывающий** в варианте «**Я-ОК, вы- ОК**» аутентичен (*гр. authentikys-подлинный*), сознательно разрешает себе быть личностью, реализует свою неповторимую индивидуальность, не боится быть независимым, принимает на себя ответственность за собственную судьбу. Аутентичная личность отвергает жизнь в иллюзорном мире представлений, какой бы она могла бы быть, если бы не... Выигрывающий в представлениях о себе исходит из существующих реалий и правильно учитывает собственные достоинства и недостатки. Не предъявляет претензий к другим людям относительно собственного благополучия, не пытается манипулировать другими. Умеет оставаться самим собой. Не стремится создавать вызывающий, приятный или соблазнительный образ, не соответствующий действительности. Не разыгрывает из себя беспомощного, не играет в обвинителя. Адекватно реаги-

рует на события, правильно использует свои способности и время, не позволяя себе жить в розовом будущем, в безмятежном или травматичном прошлом. Не сбрасывает со счетов прошлое и не пренебрегает планами на будущее, а как самодостаточная личность живёт, в первую очередь, настоящим по принципу «здесь-и-теперь», делая выводы из каких-либо неизбежных промахов и падений. Свободный от догм, ложных авторитетов, поскольку авторитетен сам для себя. Умеет быть искренним и непосредственным, получая удовольствие от работы, природы, еды, секса, общения с приятными ему окружающими и т.д. Это уверенность в себе и правильности выбора жизненного пути. Не ограничиваются собственными интересами. Состояние общества, положение страдающих и слабых для таких людей подчас являются более значимыми, чем собственное благополучие, поэтому, к сожалению, бывают случаи, когда Выигрывающий может оказаться на тюремных нарах, а Проигрывающий во дворце. (Ист.там же).

**Выигрывающий в варианте «Я-ОК, вы- не ОК»** тоже аутентичен. Во многом его характеристики совпадают с первым вариантом позиции. Но принципиально отличается паразитическим жизненным стилем. Паразитизм (*гр. παράσιτος-нахлебник*) – это один из типов сосуществования организмов. Явление, при котором два и более организма, не связанных между собой филогенетически, генетически и разнородных сосуществуют в течение продолжительного времени и при этом находятся в антагонистических отношениях или же в односторонних симбиотических как в нашем случае. Такие личности стремятся удачно пристроиться в жизни. (Ист.там же).

**Проигрывающий в варианте «Я-не ОК, вы-не ОК»** начинает формироваться в раннем детстве, когда ребёнок пытается перейти от полной зависимости к независимости, а по мере приобретения зрелости переходит во взаимозависимость. Проигрывающие, даже преуспевая в жизненных ситуациях, часто говорят о себе как о тревожной или несчастной личности, чья жизнь зависит от других людей.

**Проигрывающий в варианте «Я-не ОК, вы- ОК»** живёт в основном страхом будущих катастроф: «а что, если я допущу ошибку...», «Если я не понравлюсь...», «а что, если я потеряю работу...».Здесь это-состояние близкое к патологическому. Это безвольные, вечно страдающие, измученные жизнью и мучающие других, не способные к какой-либо страсти и поэтому нестерпимо скучные люди. Все проигрывающие не умеют жить в настоящем. Нескончаемая ностальгия по прошлому, мечты о будущем чуде или волшебном спасении лишают возможности воспользоваться сегодняшними шансами. Перекалывают ответственность за свою неудовлетворённую жизнь на плечи других: «если бы только я женился на..», «если бы я была красивой...», «когда я разбогатею..», «когда получу новую должность...» Проигрывающие избегают взаимной привязанности, не вступают в честные и откровенные отношения, а пытаются манипулировать другими, чтобы те поступали в соответствии с их ожиданиями. И сами живут так, чтобы соответствовать ожиданиям других. Используют свои умственные способности, чтобы подстроиться вместо того, чтобы адаптироваться к реальности. Прибегают к психологическим защитами рационализации и интеллектуализации. При рационализации придают своим действиям оправдательный характер под благовидным предлогом. При интеллектуализации душат других пустым красноречием, резонёрством. Отсюда многие возможности для них так и остаются скрытыми и не реализованы. Представление о мире искажено: вечная тревожность с плохими предчувствиями; претензии к людям, окружающим их сегодня и даже умершим родителям; нередко «чёрная зависть» к успешности других. Вся энергия уходит на сохранение ролей и масок, своего субъективного

самоуважения, а реализация собственного жизненного пути для них невозможна. Избегают искренних и откровенных отношений, зато пытаются манипулировать другими, накапливая выигрышные купоны. Проигрывающий не способен быть аутентичным и проживает свою жизнь, являясь кем-то другим, но не самим собой. (Ист.там же).

Знакомство клиента/пациента с анализом своей личности, с поведенческими проблемами помогает не только обретению непосредственности, спонтанности, близости и искренности в межличностных отношениях, но и выработке разумного и независимого поведения. **Стратегическая цель транзактного анализа в достижении гармоничных взаимоотношений между всеми «Я»-состояниями личности.** В основе лежат представления о себе и окружающих, в первую очередь, о родителях. Решения принимаются в детстве и ведут к формированию жизненных планов и последующего образа жизни. Эти убеждения часто сохраняются на всю жизнь, например: «Я умный», «Я лучше всех», «Я не заслуживаю, чтобы жить» и т.п. Э. Берн выделил в психике и поведении чёткие структурные элементы в триаде образов эго-состояний, которые обозначил как Родитель, Взрослый, Ребёнок. Репертуар эго-состояний представляет опыт воспитания и социализации, унаследованные человеком современным обществом. Когда человек чувствует себя непринуждённо, то может играть и радоваться жизни-это опыт Ребёнка с безмятежным состоянием. Если человек способен быть догматичным, исходить из жёстких представлений, то это состояние он унаследовал от Родителей или выработал самостоятельно, подражая кому-то, имевшему такой статус. Однако каждая взрослая личность периодически ориентируется на существующие реалии и ведёт себя как Взрослый человек, добивается и стремится сделать жизнь оптимальной. **В целом поведение человека в теории транзактного анализа описывается в трёх эго-состояниях.**



Диаграммы: Структурная

Упрощённая

Усложнённая

**Родитель (Р):** собрание догм, постулатов, контроль, запреты, идеальные требования, санкции, забота, могущество. Комплекс предубеждений, предрассудков и нравственные нормы.

**Взрослый (В):** состояние не имеет отношение к хронологическому возрасту человека, а имеет к психологическому ощущению «Я». Способность личности хранить, использовать и перерабатывать информацию на основе предыдущего опыта. Умение быть независимым. Это анализ, синтез и выбор жизни. Взрослое состояние личности обеспечивает выживаемость. Эго-состояние взрослости включает в себя вероятностную оценку ситуации, рациональность, компетентность, независимость. Оно функционирует «здесь-и-теперь», независимо от прошлого, хотя и использует информацию, заложенную в Родителе и Ребёнке.

**Ребёнок (Ре):** пожизненно сохранившееся детское «Я»-состояние, которое мыслит, чувствует, реагируя точно также, как делал в детстве, в возрасте 2-6 лет. Эта ценная естественная часть человеческой личности наиболее импульсивная и искренняя

\_\_\_\_\_**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова



Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи

*клинической психологии при оказании медико-психологической помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»*

**МОДУЛЬ 2: ОБЩЕПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.**

**Тема 2.3. Мотивационно-потребностная сфера личности и поведение человека в нормальной и аномальной моделях жизнедеятельности.**

Термин «**мотивация**» используется во всех областях психологии, где исследуют причины и механизмы поведения человека и животных. Слово *motive* с латинского языка (*moveo* – «двигаю») следует переводить как «побуждение», «состояние побуждения», «стремление», «импульс», «мотивация». Выделяются виды мотивации человека: внешняя, внутренняя, положительная, отрицательная, устойчивая, неустойчивая. Российская психологическая наука рассматривает мотивацию как процесс психической деятельности личности. Выделяют два класса побуждающего поведения: 1) потребности и инстинкты как источники активности; 2) мотивы как причины поведения и деятельности. На первый план выдвигаются *потребности*, количество и качество которых зависит от уровня организации жизни, её образа и условий жизнедеятельности. Актуальной характеристикой поведения является *цель* как непосредственно осознаваемый результат, на который ориентировано действие в удовлетворении потребности. Затем рассматриваются другие побудители поведения: интересы, задачи, желания и намерения. *Интерес* бывает произвольным, когда что-то привлекает внимание, и произвольно направленным на интересующий предмет. ***Клиническому психологу следует обращать внимание на патологические интересы клиентов/пациентов, а также искажение клиентом/пациентом своей мотивационно-потребностной сферы, выраженное в том, чтобы жить интересами других людей в ущерб собственным потребностям.*** Задача - это мотивационный фактор конкретных действий для достижения цели. *Желания и намерения* - это уже сиюминутные, причём субъективные мотивационные состояния, отвечающие за выполнения действия, когда условия меняются. Однако интересы, задачи, желания и намерения, участвующие в мотивации поведения личности, выполняют инструментальную роль, создавая стиль (*гр. stulos – палочка для письма*), т.е. внешний рисунок и очертание поведения. Хотя желания и стремления человека могут быть продиктованы внутренними побудителями (потребностями или инстинктами), включая и произвольные физиологические и психические реакции, но главенство берут внешние факторы (стимулы), определяющие значимость мотивов. Побудительными причинами поведения выступают действия, поступки и деятельность в личностной направленности людей.

Теории мотивации изучают механизмы (*гр. tēchnikē – движущееся сооружение*) формирования как поэтапный процесс деятельности: 1) *принятие стимула*;

\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Симуляционное занятие. Кейс-стади: круглый стол. **Цель:** Повышение компетентности. **Задача:** Развитие умения моделирования рабочей ситуации. Требования к занятию: Отработка навыка семиотического мышления. ]

2) поисковая активность (внутренняя и внешняя); 3) выбор конкретной цели и формирование намерения ее достичь. Формирование конкретного мотива заканчивается на третьей стадии, где стимул преобразуется в сознательное преднамеренное побуждение к действию (поступку, волевому акту) и закрепляется намерением достичь поставленной цели. Заметим, что в формировании мотива, как правило, в первую очередь, принимают участие эмоции. При этом на первом этапе происходит переживание нужды, на втором стабилизируется эмоциональная память, определяющая предпочтение выбора средств и путей удовлетворения потребностей, и порой, выбор делается бессознательно, импульсивно (душевный порыв), а на третьем этапе появляется цель. Нередко целью поступка является именно эмоциональное переживание, например, получение удовольствия от сделанного кому-то подарка. (Ист.: <https://4brain.ru/psy/psiholija>)

Итак, понять мотивы поведения людей помогают компоненты потребностного блока, объясняющие причины: почему у человека возникло побуждение что-то сделать? (принятие стимула); почему это побуждение стало реализовываться именно так (поисковая активность) или почему субъект отказался от удовлетворения потребности?; для чего совершается данное действие или поступок, каков смысл? (цель). В каждом конкретном жизненном случае мотив поведения строится из сочетания этих компонентов, выступающих в роли кирпичиков. И каждый человек имеет свои склонности, интересы, ценности, самооценку и т.п., поэтому возникает борьба мотивов. Борьба мотивов включает в себя широкое мысленное обсуждение человеком тех оснований, которые говорят «за» и «против» необходимости действовать и того, как именно надо делать. Борьба мотивов происходит на первом этапе принятия стимула и заканчивается принятием решения в предпочтении одним мотивам и целям (смыслам), за ним следуют определённые цели и выбор способа действия. Таким образом, по существу борьба идет внутри мотива поведения, а не между конкурирующими потребностями, что означает, каждый человек способен сам отвечать за свои действия, поступки и поведение, продиктованные избранными мотивами.

**Мотивация, как процесс формирования мотива и одновременно совокупность мотивов поведения и деятельности, представляет систему факторов, детерминирующих поведение.** Каркас системы составляют множественность, структурность и иерархичность мотивов. Множественность характеризует развитость содержания и большое число мотивов. Структура определяется тем, как мотивы связаны между собой в рамках одного уровня. Иерархичность выступает как очередность доминирования разных групп мотивов. В целом **мотивация поведения есть сложное интегральное психологическое образование, побуждающее человека к сознательным действиям и поступкам.** (по С. А. Рубинштейну). (Ист.: <https://stu-dizba.com/lectures/61-psih>).

Содержательные теории мотивации рассматривают особенности мотивационной сферы в преобладании у людей низших или высших мотивов-потребностей жизнедеятельности. Фундаментально существуют два класса потребностей: *материальные* (пища, одежда, жилище и т.д.) и *духовные* (общественная деятельность, труд, общение с другими людьми, приобретение знаний и т.д.). Современники традиционно придерживаются эгоистической или альтруистической устремлённости в личностной направленности адаптации.

Направленность инфантильно-гедонистических (*лат. infantilis-детскость, недоразвитость; гр. hēdoné-наслаждение*) потребностей личности состоит в стремлении получать удовольствие, удовлетворяя в основном инстинктивные, физиологические и сексуальные потребности, извлекая во всём личную выгоду,

часто в ущерб интересам окружающих. Потребности такого рода называются эгоистически утилитарными, т.е. низшими жизненными мотивами. Личностная направленность приносить пользу больше обществу, чем получать эгоистическую выгоду, а главное, соизмерение поступков с нравственными правилами человеческой морали и совести относят к высшим жизненным мотивам-потребностям, называемым альтруистическими (*лат. alter-другой*).

Однако потребности-мотивы, направляющие личности, разнообразны и нередко существуют одновременно, побуждая человека к противоречивым действиям. В осуществлении нужного действия участвует **доминирующая мотивация**. Согласно принципу доминанты (по А.А.Ухтомскому), в каждый данный момент времени преобразуется та мотивация, в основе которой лежит наиболее важная потребность. В этом **проявляются нейронные механизмы мотивации**. Возбуждение мотивационных подкорковых центров накапливается до критического уровня, посылая определённые разряды, и сохраняют эту активность до удовлетворения потребности. (Крысько В.Г. Психология и педагогика: схемы и комментарии, М.,2001.С.162).

Первостепенное значение в жизнедеятельности личности занимают познавательные **интересы-мотивы**, многообразные по содержанию: интерес к математике, химии, литературные, конструктивные, творческие, интересы времяпровождения или отдыха и определяют склонность к видам деятельности. *Из множества потребностей, обеспечивающие личностную адаптацию, выделяется центральный круг интересов-мотивов: трудовая, учебная, научная, общественная и развлекательная (досуговая) деятельность, приобретающая значение в жизни людей на определённом этапе личностного развития.*

Психический мир определяется представлениями людей о принципах существования. А личностное развитие построено на мотивации жизнедеятельности. Только вот понятие «личность», хотя и одно из центральных в психологии, но до сих пор имеет много равнозначных теорий. Б.С. Братусь предложил модель(*лат.modula-образец*) личностно-смыслового уровня психической регуляции поведения на основе событийного жизненного ряда. По мнению автора, внутренний, психический мир человека может быть простым или сложным, а внешний, социальный мир, для современного человека бывает лёгким или трудным. (Б.С.Братусь. Аномалии личности, М.,1988). Смоделированные автором четыре типа личностной адаптации раскрывают качество жизни (стиль).

**1. Внутренний духовно простой и внешний социально лёгкий жизненный путь существования** знаком человеку с детства. Облегчённое представление о мире, чаще свойственное инфантильным личностям, будто жизнь должна состоять только из одних удовольствий и развлечений. С каждым годом человек всё более ловко перекладывает на плечи близких ему людей заботу о нём. В негативном развитии **закрепляется паразитарный жизненный стиль с тягой к развлечениям.**

**2. Внутренний духовно простой и внешний социально трудный жизненный путь** отличается от лёгкого наличием препятствий, возникающих у личности для удовлетворения потребностей получения жизненных удовольствий. Здесь базовая основа-это простота, освобождающая личность от внутренних нравственных ограничений и соблюдения этических и/или социально-правовых норм бытия. Цель исходит из реализации гедонистической установки, что хочется иметь много удовольствий, которые приходится активно добывать. Со временем игнорируются интересы окружающих, снижается эмоциональная привязанность, начинает преобладать пренебрежение ответственностью, появляется тенденция избегать всякого труда и напряжения, закрепляется исполь-

зование других людей (манипулирование -лат.*manipulare-руководить*) для получения эгоистических благ. **Закрепляется потребительский жизненный стиль с гедонистической направленностью.**

**3. Внутренний духовно сложный и внешний социально трудный жизненный путь** как следствие противоречий в потребностях и несоответствия мотивов деятельности. Духовно-нравственные ориентиры совести и желание обладать чем-то, чтобы получить какие-то удовольствия, действуют одновременно, поэтому порождают сомнения «можно или нельзя», вызывают размышления и переживания, что и определяет сложности духовного мира. В норме развития «борьба мотивов» соподчиняет мотивы. Размышляя, анализируя, сопоставляя, личность духовно развивается и обогащается, добиваясь душевного равновесия. Это обеспечивается тренировкой силы воли на преодоление неблагоприятных условий и изменением обстоятельств, для достижения целей. Однако противоречивое воспитание, порой, обостряет личностные черты характера, что приводит к акцентуации или психопатии. Акцентуация (лат.*accentus- выделяющее ударение*) характера является психической нормой с заострением отдельных черт, нарушающих гармоничное развитие, но не мешающая успешно адаптироваться. Психопатия (гр.*psychē-душа+pathos-болезнь*)-это аномалия характера личности, определяющая облик индивида и приносящая страдание, субъекту и окружающим. Это «уродство характера» (по П.Б. Ганнушкину), мешающее личности адаптироваться, считается пограничным состоянием, поэтому часто приводит к каким-либо нервным или психическим заболеваниям. Когда психическая напряжённость сопровождается интеллектуальным и личностным развитием, а духовная сфера отстаёт в развитии, то гедонистическая установка постепенно теряется, но эгоистическая направленность, как правило, остаётся. В целом же на смену потребительскому стилю часто приходит **прагматический** (гр.*pragma-практика*) **жизненный стиль с эгоистической направленностью.**

**4. Внутренне сложный и внешне лёгкий жизненный путь** называют сферой нравственного поведения, в которой «трудности мира» выносятся за скобки бытия, и человек живёт и действует в условиях как бы лёгкого для себя мира. Сутью духовной жизни становится личностный рост и духовное совершенствование. Человек постоянно учится мудрости у самой жизни и познаёт её прелести в самом факте своего существования. Его главная мотивационная потребность в стремлении к душевной гармонии. В такой смысловой позиции развивается **духовный жизненный стиль с игнорированием сомнительных действий и пагубных пристрастий к чему-либо.**

Взрослая личность выбор пути осуществляет самостоятельно и ответственно. Ответственность за выбор жизненного стиля детьми и подростками до определённого возраста несут родители, вместе с воспитывающим поколением обществом. **Практическая помощь клинического психолога опирается на личностный подход к клиенту/пациенту с учётом его индивидуальных особенностей психики и демократического права свободы выбора актуальной мотивационно-потребностной сферы бытия.** Психолог должен заинтересовать клиента/ пациента, чтобы тот обратил внимание на самого себя и придавал значимость ценности здоровья, мотивам лечения, целям реабилитации и жизни в целом. Профессиональное мастерство психолога будет определяться умением убеждать и направлять клиента/пациента к здоровому и духовному образу жизни, стимулировать интересы здоровых потребностей, придавать им действенность и устойчивость.

\_\_\_\_\_ **Составитель материала:** преподаватель А.Д. Набатникова

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи

клинической психологии при оказании медико-психологической помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»

**МОДУЛЬ 3: ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ И АКТУАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ.**

**Тема 3.2. Общепсихологические положения по психодиагностике пациентов.**

*Любому психодиагностическому исследованию предшествует клиническая беседа, направленная на установление контакта с испытуемым и формирования у него мотива к исследованию. В зависимости от задач диагностики психолог в беседе выявляют значимые моменты жизни, важные события социальной адаптации, отношение к болезни и т.п. Продолжительность беседы в амбулаторных условиях 30-60 минут, в условиях стационара может продлиться до 2-х часов, но при условии сохранения работоспособности пациента. Проведение экспериментально-психологического исследования целесообразно использовать стандартный набор психодиагностических методик или рекомендованные в соответствующей медицинской отрасли. Для базового психодиагностического исследования обычно используют: исследование памяти (10 слов или пиктограммы); исследование ассоциативной сферы (пиктограммы, вербальные ассоциации); мышления (две-три методики из следующих: исключение предметов, сравнение понятий, пословицы, Проба Эббингауза, 10-й субтест Векслера, простые аналогии, классификация предметов); индивидуально-психологических особенностей (тесты Розенцвейга, Кеттелла или ММРП). Несовершеннолетним можно применять методику «Самооценка», рисуночные тесты, Незаконченные предложения, отдельные пробы из субтестов 1,2,9 субтестов Векслера). (Ист.: Организация работы психолога в клинике: методические материалы для клинического психолога.-Архангельск, 2004).*

Первичное базовое исследование позволяет оценить когнитивную сферу испытуемого, определить его интеллектуальный уровень, наличие или отсутствие нарушений мышления, степень сохранности мнестических и др. психических функций, основные индивидуально-психологические свойства. В процессе выполнения испытуемым заданий психолог наблюдает и выявляет параметры эмоционально-волевой сферы, особенности индивидуального стиля работы испытуемого, личностного реагирования, механизмов психологической защиты, а также наиболее типичные реакции на ошибки и продуктивность их коррекции. В несложных диагностических случаях для выявления патопсихологического симптомокомплекса и написания стандартного психологического заключения бывает достаточно базового набора методик. Но при противоречивых данных, стёртой клинической картины, размытости патопсихологического симптомокомплекса, сложности или дисгармоничности структуры личности, а также при

— [ **Методология обучения:** Симуляционное занятие: инструктаж. **Цель:** Совершенствование селекционного умения. **Задача:** Анализ конкретных ситуаций. **Требование к занятию:** Усвоение контекста темы.]

устойчивых защитных тенденциях (той или иной установки) возникает необходимость применения дополнительных процедур обследования. В таких случаях расширяется набор методик в зависимости от сложности задач исследования.

**Ориентировочные затраты времени  
при проведении патопсихологического обследования**  
(по данным Государственного научного центра социальной  
и судебной психиатрии (ГНЦССП) им. В.П.Сербского)

Наименование методик	Время выполнения (мин.)	Время обработки (мин.)
<b>Исследование сенсомоторной сферы и внимания:</b>		
Корректурная проба	3-10	10-20
Таблицы Шульте и их модификация Ф.Д. Горбова	5-15	10
Счёт по Крепелину	4-7	5-10
Отсчитывание	3-5	2
Методика Кооса	10-30	10
Круг «Когана»	3-7	3-5
<b>Исследование познавательной сферы (память, мышление, ассоциативные процессы)</b>		
Заучивание 10 слов	5-7	2
Воспроизведение рассказов	7-15	2
Зрительное запоминание (сюжетные картинки)	5-10	5-10
Пиктограмма	5-50	20
Вербальные ассоциации	7-10	10
Тест Векслера	90	60
Тест Равена	20-50	20
Классификация предметов	20-40	20
Признаки понятий	5-10	5
Сравнение понятий	15-25	10-15
Исключение понятий	10-20	10-15
Исключение предметов	10-25	10-15
Интерпретация пословиц, метафор	10-20	5-10
Простые аналогии	10-15	10
Сложные аналогии	15	10
Установление последовательности (Проба Эббингауза)	5-7	7-10
Установление последовательности событий	10-15	10
Объяснение смысла и содержания сюжетных картинок	10-20	10
Нелепые картинки	5-10	5
<b>Исследование эмоционально-волевой и личностной сферы</b>		
ММРІ	40-150	30-45
Тест Кеттелла	40-90	25-40
Тест Розенцвейга	20-40	15-20
Метод незаконченных предложений	20-30	15
Методика оценки уровня притязаний	15-20	10-15
Методика диагностики ценностных ориентаций	20	10-15
Тематические ассоциации	12-15	10-15
Исследование самооценки	10-15	10
Волевой самоконтроль	15-25	10-15
Уровень социальной фрустрированности	5-7	5

УСК	15-25	25-30
Тест Руки	15-20	15-20
Рисунок человека	10-25	10-20
Рисунок несуществующего животного	10-25	10-20
Тест Люшера	7-10	15-20
Цветовой тест отношений	15-30	20-40
Методика «дом, дерево, человек»	20-30	15-20
Тест Сонди	20	30-90
ТАТ (тематический апперцептивный тест)	90-180	180-240
Тест Роршаха	25-60	30-90

(Ист.:там же)

Последнее время всё чаще используется компьютерный вариант психодиагностических методик. Они удобны в использовании большого числа контингента обследуемых лиц. Однако в клиническом использовании рекомендуется индивидуальная работа с испытуемым. Использование компьютерных программ возможно только составленных специалистами по клинической психологии и проверенных в учреждениях психиатрического профиля.

Исходя из нормативов, обоснованным многократным хронометражем объёма работы психологов, а также из анализа отчётов, рекомендуется следующий расчёт нагрузки психолога, занимающегося патопсихологическими исследованиями в клинике. Базовое экспериментально-психологическое исследование комплексом методик (в среднем 6-7) в амбулаторных условиях занимает 1,5-2 часа, а в стационарных условиях продолжается в течение 3-4 часов. У детей и подростков затраты времени на проведение исследований увеличиваются вдвое. На ведение документации, обработку и первичную оценку полученных данных требуется ещё 1,5-3 часа времени. (Ист.: там же)

*Длительность одномоментного экспериментально-психологического исследования в клинике не должна превышать 1,5-2 часа, а при повышенной утомляемости пациентов около одного часа.* Отсюда с учётом приведённых нормативов обследование в стационаре одного больного осуществляется 2-3 дня, особенно когда связано со сложными случаями в диагностическом или экспертном плане. На повторное динамическое и дополнительные исследования при проведении узконаправленных, специальных методик потребуется в среднем ещё 2-3 часа. Поэтому, в течение рабочего дня психолог может провести не более двух полноценных исследований, а в течение года не более 500 исследований (по два исследования ежедневно в течение 253 рабочих дней). А в случае неоднократного исследования каждого больного психолог в течение года способен исследовать около 200 больных и составить на них заключения. Следует учесть, что патопсихолог должен принимать участие в конференциях, консультациях и работе экспертных комиссий при разборе исследованных им больных, что также требует затрат времени. (Ист.:там же).

**Работа психолога в условиях судебно-психологической или комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы усложняется,** от эксперта потребуется наличие дополнительной подготовки по проблемам диагностики, достаточный опыт работы, так как возрастает его профессиональная и юридическая ответственность. Решение задач экспертизы требует увеличение объёма работы и трудоёмкости практических задач. По данным ГНЦССП им. В.П. Сербского почасовые трудозатраты психолога-эксперта при проведении экспериментально-психологического исследования в стационаре составляют 10-15 часов (или 4 исследования в неделю), в амбулаторных условиях 7-10



часов (4-5 исследований в неделю). Общие временные затраты составляют в стационаре 25-30 часов (в особо сложных случаях до 45 часов), что соответствует одной экспертизе и одному психодиагностическому исследованию в неделю. В амбулаторных условиях соответственно 18-20 часов в неделю или одну экспертизу и одно психодиагностическое исследование в неделю. Вызов в суд и присутствие там психолога по временным затратам составляет 8-16 часов. Психолог амбулаторного подразделения может провести 200 психодиагностических исследований в год. С учётом статистических отчётов, что экспертизы составляют примерно 12% от общего числа экспертиз, то одним психологом в амбулаторных условиях в год может быть проведено до 40 комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз и 120 обычных психодиагностических исследований. В стационаре психолог может провести 160 психодиагностических исследований в год, 35 судебных и 90 обычных исследований. (Ист.: там же)

Не существует унифицированных регламентов деятельности психолога в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ), однако рекомендуется использовать многообразие методик по каждой исследуемой функции. Каждый конкретный случай экспертно-психологического обследования должен быть обусловлен запросом специалистов, направивших пациента на обследование. В целом задачи обследования заключаются в выяснении структуры дефекта и оценки степени выраженности нарушений психической деятельности. Выявляется степень сохранности компонентов психики и возможность включения компенсаторных механизмов, оценка степени обучаемости и возможности осуществлять основные виды жизнедеятельности (в том числе профессиональную), а также формулируются рекомендации в отношении мероприятий по психологической реабилитации инвалидов. (Ист.: Н.Б. Шабалина, Е.В. Морозова, А.Г. Герсамия. Организационно-нормативная модель работы психолога в учреждении медико-социальной экспертизы. // Вопросы психологии, 2011).

Клиническая психология в течение нескольких десятилетий прошла путь от признания ее в качестве вспомогательной дисциплины, предоставляющей врачу психологические данные по результатам экспериментально-психологического исследования для уточнения психиатрического диагноза, оказания помощи врачу-неврологу в топической диагностике, до признания ее как важной составляющей всей комплексной медицинской помощи, включающей уникальные возможности диагностики, лечения и профилактики. **Лечебно-реабилитационный процесс в настоящее время обеспечивается участием клинических психологов в работе лечебно-профилактических учреждений, где психологическое обследование играет соответствующую роль.** Экспериментально-психологическое обследование пациентов осуществляется с целью оценки степени и структуры нарушений психического функционирования при проведении социально-трудовой реабилитации и в целях дифференциальной диагностики, прогноза и разработки перспектив терапии и социально-трудовой реабилитации. (Ист.: <https://studfiles.net/preview/398807/page:21/>)

Для осуществления экспериментально-психологического исследования клинический психолог должен быть обеспечен необходимым и достаточным арсеналом методического инструментария. Материально-техническое оснащение и организация работы также должны соответствовать требованиям индивидуального и конфиденциального обследования: наличие отдельного кабинета, общей площадью не менее 7м<sup>2</sup>, с рабочей мебелью; оснащение компьютерной и множительной техникой.

**Составитель материала:** преподаватель А.Д. Набатникова

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи  
клинической психологии при оказании медико-психологической  
помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»

**МОДУЛЬ 4: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ФОРМИРОВАНИИ  
БОЛЕЗНИ В НОРМАЛЬНОЙ И АНОМАЛЬНОЙ МОДЕЛЯХ ЛИЧНОСТИ.**

**Тема 4.2. Тенденции в исследованиях психологии здоровья человека и их прикладное значение в практике клинической психологии.**

**Биомедицинская модель** болезни существует в обществе с XVII в. Она центрирована на изучении природных факторов, порождающих внешние причины заболеваний (Ист.: <http://personpsy.ru/publikacii/nashi%20publi>).

**Биопсихосоциальная модель** - это обобщённая модель или подход, утверждающий, что в развитии болезни или какого-либо расстройства у человека играют важную роль биологические нарушения (генетические, анатомические, физиологические, биохимические и др.), психологические факторы, включающие в себя мышление, эмоции и поведение больного, и социальные факторы: экономические, факторы макро-микроразрушения, культурные традиции и др., которая имеет сегодня широкое распространение (Ист.: <https://ru.wikipedia.org/>).

В 1977 г. в журнале «Science» (США) появилась статья Д.Эйнджела «Потребность в новой медицинской модели: вызов биомедицине», где автор предложил биопсихосоциальную модель, опирающуюся на принципы системного подхода. Проблема детерминации соотношения уровней здоровья до сих пор продолжает дискутироваться, однако большинство специалистов признают эту модель сегодня как доминирующий подход. К факторам биологического порядка относят пол, наследственность, характеристики обмена веществ и сопутствующие заболевания. К факторам психологического порядка относят особенности эмоциональной, мотивационной и личностной сферы, к факторам социально-экономического порядка относят род занятий, уровень доходов, социальный статус, совокупность исполняемых социальных ролей. Каждый из факторов не является независимым. Так, социальный статус может быть связан с рискованным или безопасным поведением, биологические особенности обмена веществ связываются с уровнем стресса, а эмоциональные нарушения могут быть вызваны тяжелой социальной ситуацией индивида или межличностными конфликтами. Ни один из факторов не может рассматриваться как «единственная или «настоящая» причина болезни. Влияние на организм и психику имеют совокупность факторов. **В биопсихосоциальном подходе выделены значимые для психологии здоровья положения: здоровье и болезнь рассматриваются в психосоциальном контексте бытия; факторы здоровья соединяются в определенную структуру; медицина как социальная практика опирается на социально- психологические закономерности; качественные взаи-**

**Методология обучения:** Симуляционное занятие: инструктаж. **Цель:** Моделирование диагностической ситуации. **Задача:** Обучение моделированию рабочей ситуации. Требования к занятию: Понимание алгоритмов диагностических действий. ]

**моотношения между врачом и пациентом являются ключевой детерминантой успешного лечения заболевания.** (Ист. Актуальные проблемы психологии из <http://elib/bsu>). В рамках биопсихосоциальной модели при оценке состояния здоровья ведущую роль играют психологические факторы. Согласно гуманистическому подходу к личности, изучено, что субъективное здоровье индивида проявляется в чувствах оптимизма, соматического и психологического благополучия, радости жизни. **Общее состояние здоровья обусловлено психологическими механизмами:** 1) принятие ответственности за собственную жизнь; 2) самопознание конституциональных, индивидуальных и психологических особенностей личностного развития; 3) самопонимание и принятие своей внутренней интеграции; 4) умение жить в настоящем; 5) осмысленность индивидуального бытия на основе осознанно выстроенной иерархии жизненных ценностей; 6) развитие рефлексии в способности понимать себя через принятие других; 7) базовое доверие жизни (по Э. Эриксону). (Ист.: <https://studopedia>)

**В рамках биопсихосоциальной парадигмы болезнь рассматривается как расстройство дисфункцией, угрожающее неспособностью психобиологических механизмов осуществлять свои функции в определенном социокультурном пространстве.** При этом не каждое функциональное нарушение однозначно становится болезнью, а только такое, которое угрожает личностному существованию в конкретных условиях жизнедеятельности. Следовательно, болезнью является не всякое расстройство, а только нуждающееся в изменении (т.е. болезнь есть там, где «имеется потребность в лечении»). **Потребность в лечении считается существующей, когда имеются признаки отклонений (расстройства) в повседневной деятельности, наносящие ущерб общей или профессиональной работоспособности, привычным социальным отношениям или причиняющие индивиду ярко выраженное страдание.** (Ист.: [https://studopedia.ru/15\\_42715\\_biopsihosots](https://studopedia.ru/15_42715_biopsihosots))

Состояние болезни предполагает особый статус в том, что человек не способен выполнять социальные функции в объеме, ожидаемом от него, поэтому болезнь всегда связана с ролью больного и ограничениями социального, ролевого поведения. Этим феноменом объясняется социально-психологический эффект, когда навешивание «ярлыка больного» может приводить к возникновению или прогрессированию уже имеющегося у человека нарушения здоровья. Порой малозначительное отклонение от какой-либо нормы, под социальным или информационным давлением окружающих или специалистов, поставивших «диагноз», превращается в тяжелое расстройство, потому что человек принимает на себя навязанную ему роль «ненормального». Он чувствует и ведет себя как больной, и окружающие соответственно обращаются с ним также. Согласно теории ярлыков, незначительные отклонения в психическом состоянии трансформируются в выраженное психическое расстройство или его хронизацию посредством наклеивания ярлыков (стигм- гр. *στίγμα* - «ярлык, клеймо»). (Ист.: там же).

К модели «ярлыков» близка концепция антипсихиатрии, основной смысл которой в отрицании психиатрии как науки, а психических расстройств как болезни. Согласно этой модели, психическое здоровье – это есть условная, социальная и культурная норма, определяемая обществом. А болезнь является не столько медицинским показателем, сколько социальным понятием, зависящим от развития научных и общественных представлений, что есть наука и что есть патология. (Ист.: <https://studme.org/1350082627>).

Надо отметить, что это удобная психологическая позиция, чтобы оправдывать любые негативные девиации (*лат. de-прекращение + via-путь, дорога*), где,

например, под видом «борьбы с ярлыками» будут утверждаться разные виды деградации, например, однополые браки, садизм или педофилия.

*Разновидностью социальных моделей психической нормы и патологии выступает статистическая модель, определяющая норму как величину внутри определённых значений, отражающих характеристики переживаний и поведения человека. И патологией считаются значительные отклонения от средней нормы. И хотя статистические критерии являются важными, но они тоже не могут быть достаточными аргументами для установления наличия психических расстройств.*

Поньше идёт разработка критериев психических расстройств, где «психическое здоровье» рассматривается в значительной мере как социальный аспект и как следование общепринятым нормам, а именно возрастным, функциональным, культуральным и индивидуальным.

В настоящее время в науках, изучающих психическую норму и патологию (психиатрия и клиническая психология), на смену биологическим, психологическим и социальным факторам, ранее воспринимаемым изолированно друг от друга, пришло осознание целостного подхода к проблеме психических расстройств в биопсихосоциальной модели, где каждый из факторов находит отражение в совокупности адекватного личностного функционирования индивида в жизнедеятельности. (Ист.: <https://studme.org/1350082627547/Medicsina/>).

Однако в ряде случаев психические расстройства у отдельных лиц не происходят из внутренней предрасположенности, а являются следствием или выражением нарушенных социальных связей и отношений в «больном обществе». Следовательно, помимо доминирующего в клинической психологии конструкта болезни, состоящего из «комплекса биопсихосоциальных причин» (внутренний дефект, картина адаптации, болезнь как следствие) имеются и другие, т.е. альтернативные конструкты нарушения здоровья. Первая группа *психических и поведенческих расстройств, вследствие нарушений социального взаимодействия*. Вторая группа *психических и поведенческих отклонений может рассматриваться как крайняя степень выраженности отдельных психических функций или паттернов поведения у конкретных индивидов*. Третья группа *психических и поведенческих отклонений могут быть следствием задержки естественного процесса личностного роста* (вследствие фрустрации основных потребностей, ограничений в социальном функционировании, индивидуальных различий в способностях разрешать возникающие личностные и социальные проблемы). (Ист.: там же). И каждая из трёх групп рассматриваемого конструкта нарушений может стать объектом психокоррекции в практике клинической психологии.

В психоаналитической концепции, по З. Фрейду, нормальное развитие происходит с помощью сублимации, а развитие, которое происходит посредством механизмов вытеснения, регрессии или фиксации, рождает патологические характеры. *Сублимация* - это защитный механизм психики, представляющий собой снятие внутреннего напряжения с помощью перенаправления жизненной энергии на достижение социально приемлемых целей, т.е. фактическое творчество самого себя. **Тенденция психологии сублимации находит отражение при оказании медико-психологической помощи индивиду, нуждающемуся в здоровой компенсации. В формах консультаций, диагностики и коррекции клинический психолог способствует разрешению проблем здоровья индивида.**

Другой распространённой концепцией в настоящем является бихевиоральный подход воздействия на адаптацию человека. **В рамках классической тео-**

**рии бихевиоризма психическую патологию рассматривают не как недуг, а как результат неувоенной или усвоенной, но не адаптивной реакции.**

Поведенческий дефицит возникает в результате отсутствия подкрепления при формировании необходимых навыков и умений. Депрессия рассматривается как результат отсутствия подкрепления или поддержания необходимых реакций. Неадаптивная реакция появляется из-за не усвоения приемлемого действия, соответствующего нормам поведения, либо в результате случайного совпадения реакции и негативного подкрепления. Изменение поведения тоже построено на принципах оперантного обусловливания (по Б. Скиннеру), на системе модификации поведения и сопряженных с ним подкреплений на основе самоконтроля, восстанавливаемого индивидом с помощью поведенческой (бихевиоральной) психотерапии.

Согласно когнитивным терапевтам, люди с психологическими расстройствами могут избавиться от своих проблем, освоив новые, более функциональные способы мышления. Поскольку различные формы аномалий могут быть связаны с видами когнитивных дисфункций, то когнитивные терапевты предлагают ряд научательных приемов мышления, например, Бек (1997; 1996; 1967) разработал *когнитивную терапию*, широко используемую в лечении депрессий. (Ист.: <https://studme.org/1350082627547>).

Методы психотерапии стали актуально востребованными у всех соматических больных. Пациенты, страдающие хроническими, соматическими заболеваниями, наряду со специфическим биологическим, фармакологическим лечением, нуждаются в психотерапевтической помощи. Целью психотерапии в этом случае является изменение отношения больного к своей болезни, к самому себе и к своему окружению. В связи с этим, объектом психотерапевтических воздействий является личность больного, воспринимаемая с позиции концепции «психологии отношений», предложенной В.Н. Мясищевым. Однако разработки показаний и противопоказаний к использованию разных методов психотерапии при конкретных хронических соматических заболеваниях пока мало продвинулись вперед. Востребованными остаются психологические подходы взаимодействия врача и пациента, основанные на знании типов личности и на использовании этих знаний в построении отношений, связанных с болезнью и лечением. **Здесь актуальной задачей клинической психологии выступает проблема знания психологии больного и практическое применение знания этих особенностей на благо выздоровления пациента.** Многолетние усилия психосоматической медицины в США и других западных странах были направлены на выявление связи между определенным типом личности и каким-либо психосоматическим заболеванием. Выделялись, в частности, «язвенный тип», «коронарный тип», «артритический тип» и т.п. (F. Dunbar, 1954; F. Alexander и др.). Однако отношение больного к болезни, к окружению и к самому себе понималось как функция бессознательного (G. H. Pollock, 1978). С позиций психологии отношений (по Мясищеву) взаимоотношения врача и пациента должны быть сознательными, чтобы и сам больной конструктивно влиял на лечение. (Ист.: <https://studfiles.net/preview>).

Выстраивание сознательных и паритетных отношений врача и больного, направленных не только непосредственно на лечение, но в целом на выздоровление пациента, в настоящем является наиболее прогрессивной тенденцией развития психологии здоровья и оказания медико-психологической помощи.

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова.

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи

*клинической психологии при оказании медико-психологической помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»*

**МОДУЛЬ 5: ПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ВОЗРАСТНЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ ЦИКЛЫ ЧЕЛОВЕКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.**

**Тема 5.2: Личностное самоутверждение и особенности психосоциальной адаптации посредством аддикций.**

**Самоутверждение**—это потребность индивида осознавать и чувствовать себя на желаемом уровне в социальной, психологической и физической сфере существования. Значение слова (*англ. self-само-affirmation-подтверждение*) указывает на процесс, приводящий к формированию реальной, желанной или воображаемой, жизненной картины утверждаемой индивидом в дальнейшем. Самоутверждение личности реализуется посредством реальных действий и достижений, но бывает и иллюзиями, когда результат либо приписывается (самопрезентация), либо переоценивается, когда объективно является менее значимым. (Ист.: <https://psihomed.com/samoutverzhdenie/>).

Самоутверждение напрямую влияет на адаптацию/дезадаптацию личности и становится основным фактором возникновения аддикций. **Аддикция** (*англ. addiction-зависимость от пагубной привычки*)— **это периодически желаемая потребность в определённой деятельности, приносящей удовлетворение**. В медицинском смысле аддикция состоит в навязчивом повторении действий и сопровождается физиологическими и психологическими отклонениями, нетривиальным поведением и прочими нарушениями психики. Химические аддикции относят к неинфекционным заболеваниям, а поведенческие аддикции к социальным. *Механизм любой аддикции лежит в осознаваемом желании личности уйти из реальной действительности путём изменения психического состояния*. Признаваемые обществом аддикции: духовные практики, техники медитации, влюблённость, творчество, трудовоголизм, шопоголизм, экстремальный спорт и т.п., считаются относительно допустимыми. В информационном воздействии появились неприемлемые патологические зависимости: от телепросмотров, социальных сетей, компьютерных игр, интернет-зависимость и т.д. Аддикции как алкоголизация, токсикомания, наркомания, kleptomания и др. заявляются социально опасными. (Ист.: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Аддик>)

**Биологические механизмы аддикций дискутируются**. Определённые генетические факторы, ДНК, психические расстройства могут скрыто присутствовать, чтобы активизироваться в определённый момент. Однако жизненная энергия—это производное сложной психоорганической системы человека, зависимой от физиологических (*гр. psysis-природа+logos-природообусловленность*), морфологических (*гр. morphē-форма; строение*) и функциональных (*лат. function-*\_\_\_\_\_). [ **Методология обучения**: Симуляционное занятие. Кейс-стади: контекстные задачи, упражнения. **Цель**: Повышение компетентности. **Задача**: Апробирование прикладных аспектов клинической психологии в медицинском обслуживании населения. Требования к занятию: Усвоение контекста темы. ]



отправление действия) особенностей мозга, центральной нервной системы и органов чувств. Особенности систем закладываются в период внутриутробного развития и являются врождёнными. Так способность испытывать удовольствие-неудовольствие также зависят от наличия или отсутствия гена **DAT1 тип 10/10** (9/9), влияющего на биохимию мозга. В 1999г. амер. учёный Д. Комингс в книге «Генетическая бомба» **изложил теорию возникновения синдрома дефицита удовлетворённости**, объясняющую, что при определённом сочетании генов у человека могут возникать затруднения чувствовать удовлетворение, кто-то ощущает блаженство по пустякам, например, наблюдая полёт бабочки, а кто-то невероятный триумф в своей жизни переживает несколько минут и теряет интерес. Этим объясняются экстремизм, авантюризм и прочее, когда обладатели гена ищут внешние стимуляторы, позволяющие ощутить удовольствие, недоступное им естественным путём. **От рождения такие личности образуют группу риска.** Израильские учёные обнаружили, так называемый, **ген риска**, тоже особое сочетание генов в кодовой программе, позволяющее человеку испытывать внутреннюю потребность в повышенной остроте ощущений. При неблагоприятном стечении обстоятельств носители гена риска становятся заложниками любой девиации или аддикции. (Ист.:И.В Ципоркина, Е.А. Кабанова. Психологическая зависимость-М.,2007). Группа аддиктивного риска-это люди (аддиктанты), совершающие навязчивые действия с предметом аддикции. Нередко аддиктивные действия становятся неконтролируемым влечением и плавно перетекают в расстройство, на базе которых формируется болезненная зависимость от предмета аддикции. Среди распространенных в настоящем порочных влечений: **алкоголизм** (арабское *al kohol*-опьянение спиртосодержащими), **наркомания** (гр.*narko*-оцепенение+*mania*-страсть), **токсикомания** (гр.*toxikon*-яд), **патологическая азартная игра** (фр. *hasart*-случайность, *rиск*), **булемия**(гр.*bul*-вол, *лык+limos*-голод) стремление к перееданию пищи, **клептомания** (гр.*kleptō*-кража), **пиромания** (гр. *pyre*-огонь), **сексомания** (лат. *sexus*-пол) и др. Во всех перечисленных клинических проявлениях выступает психическая особенность-страсть, а предмет страсти «манит», притягивает к себе. Обладатели особых генов отмечены быстрой привыкаемостью к чему-либо и высокой степенью расстройства влечений, причём с тяжёлыми формами зависимостей от алкоголя, наркотиков, игр и др. **Однако если люди (из группы риска) держатся подальше от сомнительных соблазнов, то проблемы не возникают, а болезненные зависимости не образуются, даже у носителей особых генов.** (Ист.: там же).

Аддикция строится на удовлетворительном самочувствии. **Самочувствие человека формируют нейротрансмиттеры.** Чувствительные клетки мозга-нейроны передают нервный импульс друг другу, как электрический ток. Когда импульс доходит до окончания нейрона, то в синаптическую щель высвобождаются пузырьки-нейротрансмиттеры. Сигналы идут по цепочке, возбуждая все новые клетки. Известные нейротрансмиттеры-это *серотонин*, *норадреналин*, *дофамин*, *гамма-аминомасляная кислота (ГАМК)*, которые могут серьёзно осложнять человеку жизнь. **Серотонин** существенно влияет на переработку информации из внешней среды. Его нехватка понижает настроение и возникает тревога. Низкий **норадреналин** способствует страху, панике. **Дофамин** является одним из факторов внутреннего подкрепления «системы вознаграждения» мозга, вызывая чувство удовольствия. А вот постоянное поддержание чувства тревожности в организме человека-это недостаток **ГАМК.** **Любой дисбаланс нейротрансмиттеров приводит к неадекватным реакциям организма и, в конечном итоге, ведёт к аномальному поведению человека.** Од-



нако химическое вмешательство, например искусственное «усиление» выработки серотонина, тоже вызывает понижение чувствительности рецепторов к различию собственного и искусственно стимулированного вещества. Развивается толерантность (лат. *tolerantia-терпение*), то есть повышается переносимость организмом растущего количества приёма препаратов, ради желаемого эффекта. Образуется привыкаемость к химическому препарату и необходимость всё большего количества доз. Человек всё время находится в органическом дисбалансе, обуреваемый желанием принять очередную дозу вещества, и становится зависимым. В тоже время психические качества человека проявляются так, что влияют на гомеостаз и самочувствие от оптимизма до апатии, причём без употребления химических стимуляторов. **В целом чувственная сфера определяющая в формировании аддикций.** (Ист.: <https://ru.wikipedia.org/wiki/>).

**Аддиктивное поведение вызывается также и окружающей средой.** Злоупотребление алкоголем относят к наиболее распространенным аддиктивным расстройствам, а наряду с кофеином и никотином - это «легальная триада» психоактивных веществ. В общественном сознании их употребление связывают с культурными традициями. Обыватель к употреблению алкоголя относятся: как к «лекарству», религиозному обряду, способу самолечения, элементу человеческой «культуры». К спиртному часто прибегают, надеясь ощутить подъём настроения, снизить психическую напряженность, заглушить чувства усталости или моральной неудовлетворенности, уйти от реальности с ее нескончаемыми переживаниями и заботами. Употребление спиртного некоторым личностям представляется средством самоутверждения, показателем «мужества» или «взрослости». Так алкогольная аддикция вкрадчивой поступью вползает в предалкоголизм: первые пробы спиртного; случайное употребление алкоголя; систематическое, а потом и привычное пьянство. Синдром зависимости появляется за два-три года систематического пьянства. После преодоления границы заболевания алкоголизирующий постепенно переходит с первой на вторую, а потом и в третью стадию алкоголизма. (Мерсиянова А.П., Жердева Т.С. «Мотивация употребления алкоголя и психоактивных веществ в подростковом возрасте», 2005 г.)

Психологическая зависимость от алкоголя для аддиктанта строится на ощущениях: получение эйфории, снятие тревоги, напряжения, приглушая чувства озабоченности, загруженности делами; повышает общение. Аддиктант может не употреблять алкоголь, но воздержание даётся ему в мучительной борьбе с самим собой, ввиду наличия физической зависимости как компонента обмена веществ в организме, хотя физическая тяга выражена меньше, чем психологическая. **В проблеме аддикции влечение к алкоголю (наркотикам) отражает психологические особенности адаптации личности,** а аддикция выступает жизненным стилем для защиты собственного «Я» от влияния и воздействия окружающего мира.

В психоаналитической концепции влечение к алкоголю/наркотику-это перенос на самого себя агрессии, которая, в силу действия культурных табу, не может быть адресована ее действительным виновникам (К. Менингер). Алкогольная аддикция удовлетворяет бессознательную потребность в доминировании и сочетается с чувством одиночества и изоляции (Х. Тьебо). Алкоголь действует, как фармакологическое вещество, индуцирующее ощущение собственной силы, всемогущества, неуязвимости, неадекватно усиленного, «грандиозного образа Я», хотя при внезапном перерыве в его приёме актуализируются чувства вины или отчаяния (Ш. Зимберг). Бихевиоральный подход считает, что алкоголь выполняет функции: маскировать дефекты адаптации; привлечь к себе внимание; выступает как релаксирующее средство в ситуациях после стрес-

са; способ уклоняться от участия во многих нежелательных действиях или каких-то ситуациях и т.д. (Ист.:[https:// studwood.ru/914070/ psihologiy](https://studwood.ru/914070/psihologiy)).

У россиян наиболее распространённой формой алкогольной аддикции выступает запой: 1) приступ возникновения желания выпить спиртного; 2) психологически непреодолимое влечение к алкоголю; 3) выраженный физический комплекс симптомов алкогольной зависимости; 4) многодневное употребление больших суточных доз алкоголя; 5) полная утрата трудоспособности в период приступа запоя; 6) анорексия. Фазы болезни, порой, отделены друг от друга периодами ремиссий, длительность которых может исчисляться годами. (Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии.-М.,2007 г.) **По мнению многих специалистов, алкогольная аддикция связана с невозможностью преодолеть душевный дискомфорт.** Ц.П. Короленко и Т.А. Донских отмечали, что алкогольные аддиктанты безнадежно ищут собственную целостность, авторы описывают пять типов мотиваций: 1) **Атарактическая мотивация:** стремление к приёму алкоголя с целью смягчить или устранить явления эмоционального дискомфорта, тревожности, сниженного настроения; 2) **Субмиссивная мотивация:** неспособность отказаться от приёма алкоголя предлагаемого кем-нибудь из общества, что отражает конформность личности; 3) **Гедонистическая мотивация:** употребление алкоголя для повышения настроения и получения удовольствия от процесса; 4) **Гиперактивизирующая мотивация:** алкоголь необходим, чтобы возбудиться и активизировать себя, в сочетании с желанием повысить тонус и/или самооценку; 5) **Псевдокультурная мотивация:** компенсаторная демонстрация, желание произвести впечатление от своего поведения на окружающих, порой, с использованием редких или дорогостоящих алкогольных напитков. *Содержание аддиктивных мотиваций определяет и развитие разных форм алкоголизма.* (Ист.:[https:// www.b17.ru/article/38](https://www.b17.ru/article/38))

**До настоящего времени изучаются преморбидные черты личности, выступающие запусковым механизмом алкогольной аддикции.** Некоторые типы характера более склонны к употреблению алкоголя: неустойчивый тип (безволие); эпилептоидный или возбудимый тип (крайняя неуравновешенность, периоды беспричинной злобной тоски, мрачность, накапливающее раздражение, сопровождаемое поиском объекта, на котором можно «сорвать зло»); истероидный тип (жажда внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия); конформный тип (бездумное подчинение авторитетам); шизоидный тип (замкнутость). Барнес обобщил исследования, выделив дефектные особенности адаптации алкогольных аддиктов: 1) нарушения сексуальной идентификации; 2) негативная Я-концепция; 3) психопатические черты характера; 4) враждебность к миру; 5) инфантилизм; 6) импульсивность; 7) низкая толерантность к фрустрациям; 8) преимущественная ориентация на настоящее время; 9) повышенная чувствительность; 10) сенсорная ипохондрия; 11) страх смерти; 12) пассивность; 13) зависимость как черта характера; 14) недифференцированность ощущений; 15) тревожность; 16) склонность к депрессиям; 17) истероидность. (Ист.: [https://www. bestreferat.ru/referat-149064.html](https://www.bestreferat.ru/referat-149064.html)). Однако подобные личностные особенности в той или иной мере фактически свойственны всем субъектам при любой другой аддикции.

Клинический психолог проводит психокоррекцию аддиктантов, мотивируя их на стремление жить в ладу и согласии со своим внутренним миром, и стимулирует клиента/пациента в принятии ответственности за собственную жизнь.

\_\_\_ **Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова.

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи

*клинической психологии при оказании медико-психологической помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»*

**МОДУЛЬ 6: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В КЛИНИКЕ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ СОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ.**

**Тема 6.2: Психологическое сопровождение врачом и психологом диагностического и терапевтического процесса лечения и реабилитации соматических пациентов.**

Прогресс психотерапии проявляется в разработке новых методов и попытке синтеза концепций и технических приёмов, а также в поиске более гибкой интегративной психотерапевтической парадигмы. В последние десятилетия в зарубежной психологии много обсуждается проблема преодоления конфликта в форме компенсации или совладающего поведения (копинг-стратегии). **Понятие «копинг» (с англ. дословно-преодоление стресса) рассматривается как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и человеческими ресурсами, удовлетворяющими требованиям.** Реализуется с помощью копинг-стратегий и на основе личностных и средовых копинг-ресурсов. Такое поведение является ответом личности на воспринимаемую угрозу, как способ управления стрессом. Способность человека к преодолению таким образом стресса называется копинг-ресурсом. (Ист.: Клинич. псих. Уч. для врачей/Под ред. Б.Д. Карвасарского; <http://bookap.info/genpsy/clinpsy/g12>).

Одним из важных средовых копинг-ресурсов является социальная поддержка в виде информации, приводящей субъекта к убеждению, что его любят, ценят, заботятся о нём, что он является членом общей социальной сети отношений и имеет взаимные обязательства. И как показывают исследования, лица, получившие разные виды поддержки от семьи, друзей, значимых для них людей отличаются более крепким здоровьем, легче переносят повседневные жизненные трудности и заболевания. Социальная поддержка, смягчая влияние стрессов на организм, облегчает адаптацию и способствует развитию личности. К личностным копинг-ресурсам относят Я-концепцию, локус контроля, восприятие социальной поддержки, низкий уровень нейротизма, эмпатию, аффилиацию (анг. присоединять, в зн. стремление к сотрудничеству, общению) и др. психологические характеристики. В когнитивной сфере копинг-стратегии связаны с отвлечением и проблемным анализом, с эмоциональной разрядкой, оптимизмом, активным/пассивным сотрудничеством. В поведенческой сфере – с отвлечением, альтруизмом, активным избеганием, поиском поддержки, конструктивной активностью. (Ист. Там же).

*Копинг-стратегии, наряду с механизмами психологической защиты, рассматриваются как важнейшие формы адаптационных процессов и реагирования индивидов на стрессовые ситуации.* Психологическим защитам приписывается пассивная неконструктивность, а копинг-стратегиям – совладание ситуа-

\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Симуляционное занятие. Кейс-стади: контекстные задачи, упражнение, **Цель:** Супервизия. **Задача:** Апробирование действий. Требования к занятию: Усвоение контекста темы. ]

цией в активном её изменении для удовлетворения значимых потребностей. (Ист.: там же).

*Наиболее продуктивными копинг-стратегиями больных считаются: сотрудничество (пациента с врачом в лечебно-диагностическом процессе); активный поиск поддержки в социальной или терапевтической среде; разумная степень игнорирования болезни в осуществлении позитивной жизнедеятельности; проблемный анализ компенсации.* Использование психологических защит или копинг-стратегий в определённой степени зависит от нозологической принадлежности пациентов. Так для больных неврастений (F48.0) на начальных стадиях заболевания характерно применение копинг-стратегий, как уход в деятельность, переключение, преодоление болезни (активный образ жизни). Для пациентов с фобическими расстройствами (F40) более типичными копинг-стратегиями являются: проблемный анализ, поиск информации или пассивное сотрудничество. Больные с истерическим неврозом (F44) или истероидной формой психопатии (F60.4) используют преимущественно психологические защиты, в частности вытеснение и отрицание. (Ист.: там же)

В зависимости от способа адаптации пациентов к заболеванию, от сформированной картины заболевания (ВКЗ), от используемых психологических защит в практике врача и клинического психолога встречаются самые разные психологические реакции на заболевание у пациентов, которые реализуются у них в соответствующих формах поведения. (Ист.: там же).

**Диссимуляция** одна из возможных форм психологического реагирования в ситуации болезни. Отдавая отчёт, что болен, пациент сознательно прикладывает значительные усилия, чтобы скрывать симптомы болезни: продолжает выполнять в полном объёме профессиональные, семейные и социальные обязанности. Несмотря на то, что симптомы болезни всё труднее скрывать, пациент упорно продолжает придерживаться выбранной линии поведения. Во врачебной практике диссимуляция часто встречается, когда болезнь угрожает потерей трудоспособности, влекущей потерю профессионального, социального или материального статуса, например, открытая форма туберкулёза (A15) у преподавателя, хроническая почечная недостаточность (N18) у моряка заграничного плавания и т.п. Часто такие больные используют копинг-стратегии отвлечения или «ухода в деятельность». Реакции диссимуляции свойственны также лицам, имеющим «социально непрестижные» болезни (A60-A64) и особенно для больных СПИДом (B20-24), к которым до сих пор многие окружающие относятся негативно, и часто не заслуженно обвиняют их в аморальности, распущенности, асоциальном образе жизни. В таких случаях больные реагируют усилением чувства вины, стыда или реагируют агрессивно. Кроме этого, диссимуляция наблюдается у лиц с психическими заболеваниями, у которых социальные профессии, что связано со страхом осуждения со стороны окружающих. Встречается реакция диссимуляции и у онкологических больных, которые предпочитают переносить боль и дискомфорт, чем подвергаться хирургическому лечению или химиотерапией. *Диссимуляция преодолевается методами психотерапии.* (Ист. там же).

**Аггравация**—это преувеличение симптомов или тяжести состояния, демонстрируемого больным. Пациента стараются представить реально существующее заболевание или его тяжесть более опасным, чем на самом деле. Больше свойственно личностям с истероидными чертами характера. Болезнь используется пациентами с демонстративно-шантажными целями, чтобы привлечь внимание к себе, вызвать сочувствие, достичь какой-либо выгоды, манипулируя чувствами окружающих. Поведение может встречаться также у пожилых пациентов, которые испытывают страх одиночества, боясь оказаться в беспомощном со-

стоянии, поэтому стремятся привлечь внимание медперсонала, порой, чтобы задержаться в стационаре. *Аггравация является полностью бессознательной психологической реакцией, но больные способны осознать своё истинное состояние, если врач или психолог проведёт коррекцию.* (Ист.: там же).

**Анозогнозия** (гр. *a-отрицание+nosos-болезнь+gnosis-познание*)-отсутствие осознания существующей болезни. Это реакция, когда больные скрывают заболевание не только от окружающих, но самих себя, как бы не были видны его признаки. Чаще встречается у больных алкоголизмом (F10) и больных наркоманиями (F11- F19). (Ист.: там же). В основе реакции у больных алкоголизмом снижение критики к своему состоянию, а у больных наркоманиями к этому добавляется, порой, изначальные преморбидные истероидные черты характера, инфантильное развитие личности или личностное качество лживости. Лечение больных по нозологическому профилю или соматического заболевания возможно только после преодоления анозогнозии в отношении злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ: алкоголь, наркотики, иные токсические), так как на фоне употребления ПАВ, даже лечение соматического заболевания становится не эффективным. *Работа с анозогнозией поддаётся психокоррекции, которую можно осуществить при соответствующей подготовке специалиста в этом направлении деятельности.*

Ещё следует обратить внимание, что по исследованиям в США, врачи, заболевшие раком, обращаются за медицинской помощью гораздо позднее, чем другие больные. И объяснение связывается с «профессиональной анозогнозией», когда медработник не допускает мысль о наличии у него онкологии только на основании того, что он врач, поэтому ему не может быть свойственно такое заболевание. (Ист.: там же).

**Реакция «уход в болезнь»** заключается в том, что пациент фиксируется на своём болезненном состоянии и игнорирует всё другое. Но такая «захваченность» болезнью сопровождается жизненными неудачами, конфликтами и нарастающими проблемами бытового характера. Однако болезнь для таких личностей принимает выгоду в том, чтобы не решать сложные жизненные задачи, вызывающие неудовольствие, или служит оправданием профессиональной, а то и личностной несостоятельности, приобретая значение «условной желательности». В первую очередь данная реакция формируется у истероидных и психопатических личностей, что позволяет, не прибегая к волевым усилиям, длительно получать внимание, сочувствие и заботу, удовлетворяя свои эгоистические интересы и потребности. Реакция наблюдается также у астено-невротических акцентуированных личностей (F60.7), которым свойственна высокая чувствительность и низкие нейро-физиологические пороги реагирования на сверхсильные раздражители. Они легко реагируют повышением эмоции тревоги и начинают всё своё время жизни посвящать излечиванию и сохранению здоровья. Другие жизненные ценности и цели для них играют второстепенную роль. Именно про них у медперсонала сложилось мнение как о «профессиональных больных». (Ист.: там же). *Реакция с трудом поддаётся коррекции, но её возможно преодолеть, пользуясь методом психоанализа и техническими приёмами работы с механизмами психологических защит.* (Ист.: там же).

**«Социальная престижность болезней»** и соответствующие реакции больных означают, что больным важно отношение к болезни со стороны значимой социальной группы. Исторически в странах и культурах по-разному относились к болезням. В Древней Спарте господствовал культ красивого и здорового тела, поэтому старых и больных сбрасывали со скалы в море. В Средней Европе психически больных сжигали на костре, изгоняя «бесов», «ересь», «нечистую силу». В

современной Европе терпимо относятся к «престижным» болезням, например, сердечно-сосудистым заболеваниям, приписывая психологические качества больным, как ответственный, обязательный, трудолюбивый человек, с чувством долга. Окружающие готовы сочувствовать и помочь. В то же время геморрой или язвенный колит относят к «непрестижным», поэтому больной не распространяется о своём заболевании и стремится быстрее вернуться к профессиональной деятельности. (Ист.: там же).

**Симуляция** не является реакцией на заболевание, а представляет сознательное предъявление симптомов болезни, которой данное лицо не страдает. Симуляция наблюдается, когда приносит выгоду, например, избавляет от необходимости нести военную службу, позволяет получить группу инвалидности и т.п. Преимущественно такое поведение встречается у малообразованных, примитивных, с низким интеллектом, у наивных или социально незрелых личностей. Другую группу, условно «успешных симулянтов», составляют искушённые и опытные манипулянты, чаще имеющие медицинское образование, работающие в учреждениях здравоохранения, знакомые с практикой проявления симптоматики у больных. Они изучили симптомы и изобретаемый ими вид патологии. Среди симулянтов встречаются врачи, психологи, педагоги, социальные работники, юристы и лица других специальностей. Однако следует отметить, что изначально в основе личностной структуры симулянты несли истерические или астено-невротические черты характера, а также встречаются психопатические и социопатические личности. (Ист.: там же).

**«Трудные больные»** для врача все его пациенты, которые, по тем или иным мотивам, по-своему реагируют на болезнь, приём лекарств, визиты врача. Так пациенты с высоким интеллектом, привыкшие контролировать ситуацию, в контакте с врачом стремятся «не потерять лицо» и показаться слабым. Лица с завышенной самооценкой часто мешают врачу в определении ВКЗ, демонстрируя свою значимость. Замкнутые, интроверты мало идут на контакт в предъявлении симптомов болезни. Пожилые пациенты с нарушениями психической деятельности, на фоне прогрессирующего атеросклероза, выдают неадекватные эмоциональные реакции. На разные этапах диагностико-лечебного процесса все больные бывают трудными для врача. *Врач и клинический психолог в установлении контакта с больным могут опираться только на развитость своих диагностических способностей, на совершенствование уровня компетентности в своей нозологии, на развитие коммуникативных способностей и совершенствующие знания типологии личности с особенностями контактов и продуктивной деятельности.* (Ист.: там же)

**Тревожно-мнительные больные**, склонные обдумывать трудности, всегда озабочены осложнениями болезни, поэтому могут «надоедать» врачу по малейшему поводу. *Такой тип характера трудно поддаётся коррекции, но опытному врачу или клиническому психологу удаётся изменить отношение тревожно-мнительного больного к процессу лечения ближе к адекватному.*

**Депрессивные больные** действительно требуют пристального внимания к своему состоянию. Тяжёлое соматическое заболевание нередко «вгоняет» в депрессию. *При первых признаках депрессии больного необходимо направить на консультацию к психиатру или психотерапевту.*

На фоне депрессии больных **особое внимание пресуицидальному синдрому**, который можно предупредить в условиях стационарного лечения. *Такие больные также незамедлительно должны быть осмотрены психиатром или психотерапевтом.* (Ист.: там же).

**Составитель материала:** преподаватель А.Д. Набатникова

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи

*клинической психологии при оказании медико-психологической помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»*

**МОДУЛЬ 6: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В КЛИНИКЕ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ СОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ.**

**Тема 6.3: Функциональная роль клинического психолога и трудовые затраты времени в оказании психотерапевтической помощи пациентам.**

В соответствии с современной концепцией организации психологической помощи в здравоохранении, клинический психолог-это специалист с базовым высшим психологическим образованием, получивший дополнительное образование по клинической психологии.

Профессиональные функции клинического психолога более детально прописаны в Приказе Минздрава от 16.09.2003г.№ 438«О психотерапевтической помощи» (вместе с «Положением об организации деятельности врача-психотерапевта», «Положением об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи», «Положением об организации деятельности социального работника, участвующего в оказании психотерапевтической помощи», «Положением об организации деятельности психотерапевтического отделения», «Положением об организации деятельности психотерапевтического центра»). (Ист.: <http://www.consultant.ru/document/cons>)

**Клинический психолог работает в тесном содружестве с врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом, другими специалистами бригады, осуществляющими оказание психотерапевтической и психиатрической помощи.** Он самостоятельно проводит необходимые консультативно-диагностические, психодиагностические, психокоррекционные мероприятия в лечебных, реабилитационных, психопрофилактических и психогигиенических программах для пациентов с реакциями дезадаптации, стресса, неврозов и других непсихотических и психосоматических расстройств. Совместно с лечащим врачом (психиатром, психотерапевтом, интернистом), в качестве консультанта или сотрудника терапевтической бригады, клинический психолог принимает участие в лечении и реабилитации больных с психическими и соматическими расстройствами в стадии ремиссии и с другой патологией, в развитии которой существенную роль играют психосоциальные факторы. (Ист.: Щелобокова Л.В. Организационные основы деятельности клинического психолога.-Саратов, 2017г.)

Различия в контингентах обслуживаемых пациентов влияют на содержание индивидуальных психотерапевтических, психопрофилактических и реабилитационных программ, средние сроки лечения и планирование работы психотерапевтического учреждения (подразделения) предполагают преимущественное применение тех или иных психотерапевтических методов.

\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Симуляционное занятие. Коллоквиум. **Цель:** Повышение компетентности. **Задача:** Апробирование прикладных аспектов клинической психологии в медицинском обслуживании населения. Требования к занятию: Усвоение алгоритма действий.



Консультативно-диагностические мероприятия проводят по направлению врача-психиатра или врача-психотерапевта в случаях первичного обращения пациентов в психотерапевтический кабинет или другое психотерапевтическое подразделение. В ряде случаев клинический психолог является первичным консультантом, и на этом этапе общения с пациентом осуществляет первичную психодиагностическую работу. Особое значение консультативно-диагностическая функция клинического психолога приобретает в детских поликлиниках, психологических реабилитационных центрах. Здесь клинический психолог, с использованием его специальной подготовки, рекомендует дальнейшее ведение пациента врачом-специалистом (детским психиатром, детским неврологом). При обращении за психологической помощью людей с психологическими проблемами без признаков патологии клинический психолог может осуществлять функцию куратора по отношению к клиенту. (Ист.: там же).

При необходимости врач-психотерапевт поручает клиническому психологу проведение патопсихологического обследования для обеспечения дифференциальной клинической диагностики, приглашает соответствующих специалистов-консультантов. По окончании консультативно-диагностических и первоочередных терапевтических мероприятий клинический психолог дает психологическую оценку состояния пациента, производит разработку психологической составляющей функционального диагноза. **При уточнении показаний и противопоказаний для самостоятельного ведения пациента клинический психолог, по согласованию с врачом-психиатром или врачом-психотерапевтом, составляет и реализует индивидуальную психокоррекционную программу.**

При выполнении психодиагностических мероприятий клинический психолог руководствуется задачами, поставленными лечащим врачом, или собственными целями и планами реализации индивидуальной лечебной и реабилитационной программы.

Психокоррекционная работа клинического психолога проводится по индивидуальному плану. На начальных этапах ведения пациента большое значение имеет создание психотерапевтического контакта, атмосферы доверия со стороны пациента. Психотерапевтическая программа составляется для достижения лечебного эффекта в оптимальные сроки. Для этого используют методы индивидуальной, семейной, групповой психотерапии, мероприятия по созданию психотерапевтической среды и (или) терапевтического поля. Проведение отдельных психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий клинический психолог осуществляет совместно с другими сотрудниками психотерапевтического кабинета или отделения, т.е. специалистом по социальной работе (социальным работником), методистом по арттерапии, инструктором по трудовой терапии. (Ист.: там же).

*В ходе реабилитационной работы клинический психолог ведет группы суппортивной (поддерживающей) психотерапии, проводит заседания клуба бывших пациентов, осуществляет периодические консультации с семьей пациента, проводит различные виды тренинга, принимает участие в работе социального работника, по поручению врача участвует в проведении других социально-реабилитационных мероприятий (терапия средой, терапия занятостью, решение социальных вопросов и др.).* (Ист.: там же).

Суппортивная модель представляет собой интеграцию психоаналитических приемов в структуру поддерживающей психосоциальной реабилитации. Цель: смягчение неблагоприятного эмоционального реагирования больных и социальная адаптация больных за счет улучшения когнитивной дифференцированности, социальной перцеп-

ции, коммуникативного и проблемно-решающего поведения. Ободрение и поддержка дают больному лишь кратковременное облегчение, поэтому главная задача – снабдить его инструментами самопомощи, которыми он мог бы пользоваться сам. (Ист.: <https://studfiles.net/preview/3590947/page:11/>).

**Клинический психолог принимает также участие в проведении психопрофилактических мероприятий.** Особенно необходимо при проведении первичной профилактики применительно к психически здоровым людям: работа со средствами массовой информации по пропаганде здорового образа жизни и достижений психотерапии и психологического консультирования; лекции и беседы на предприятиях и в медицинских учреждениях; издание популярной литературы. Важным направлением деятельности учреждений психотерапевтического и психиатрического профиля по первичной профилактике психических расстройств является активная методическая и практическая работа с врачами всех специальностей по ознакомлению с основами психотерапии. Контакты с лечебно-профилактическими учреждениями позволяют своевременно выявлять больных с психическими расстройствами, которые обращаются в территориальные поликлиники. Важной стороной этого сотрудничества является проведение психопрофилактических мероприятий с самими медицинскими работниками для повышения уровня их психологических знаний, предотвращения конфликтов с пациентами и их родственниками, профилактики профессиональной деформации («синдрома эмоционального сгорания»). (Ист.: Щелобокова Л.В. Организационные основы деятельности клинического психолога.-Саратов, 2017г.)

Необходимо создание в психотерапевтических учреждениях условий для обращения за помощью психически здоровых лиц с психологическими проблемами. Для этой цели можно использовать группы личностного роста, семинары и тренинги, развивающие практические и коммуникативные умения. Привлечение указанных лиц благотворно влияет на имидж учреждений психиатрической и психотерапевтической помощи, снижает «порог обращаемости» населения на территории обслуживания, увеличивает вероятность ранней обращаемости страдающих психическими расстройствами. (Ист.: там же).

**Существующая практика показывает, что затраты труда врачей-психотерапевтов и клинических психологов могут измеряться несколькими способами.**

1. На основе измерений числа посещений пациентов на день приема. При этом на основе хронометража устанавливают фактическое среднее время приема одного пациента, которое определяет план приема на врачебную должность или должность клинического психолога.

2. В качестве единицы измерения трудовых затрат используют условный законченный случай, оцениваемый на основе разработанных и унифицированных медико-экономических стандартов и клинко-статистических групп. В этом случае определяют параметры времени и методы, необходимые для лечения пациентов с определенным диагнозом до выздоровления и подтвержденные применением критериев улучшения состояния больного. При выздоровлении или улучшении состояния пациент переводится в соответствующую клинко-статистическую группу.

3. Промежуточный вариант, учитывающий разработанные условные единицы для измерения затрат труда врачей и психологов. Каждому элементу работы врача (и психолога) присваивают определенное количество условных единиц. Например, первичная встреча-5 баллов, проведение симптоматической психотерапии-10 бал., личностно-ориентированной психотерапии-25 баллов. Далее проводят анализ количества баллов, «отработанных» за определенное время.

Два последних варианта оценки трудовых затрат позволяют осуществлять более гибкое управление лечебным процессом, создавать контрактные условия оплаты труда, исходя из интенсивности и качества проведенных мероприятий. В настоящее время эти более сложные системы организации помощи создаются в некоторых регионах Российской Федерации. Они требуют более широкого привлечения интеллектуальных и экономических ресурсов с использованием компьютерной техники.

Практика организации работы врача-психотерапевта и клинического психолога в психотерапевтическом кабинете показывает, что основное время приходится на индивидуальный прием пациентов. Продолжительность приема одного пациента составляет 50 мин. Десятиминутный перерыв для отдыха позволяет переключиться на прием другого пациента. В рабочем графике выделяется время для первичного приема (впервые обратившихся пациентов) и время для повторного приема (пациентов, уже проходящих психотерапию). При распределении общего времени одна его треть отводится на первичных пациентов, а две трети - на повторных. Следовательно, при общей продолжительности рабочего дня 5 ч 40 мин, врач-психотерапевт принимает ежедневно 1-2 первичных пациентов и 2-3 повторных. (Ист:там же).

В графике работы выделяется время для групповой психотерапии. Продолжительность занятия группы составляет в среднем 1 час 30 мин. Перерыв после работы с группой - 15 мин. Групповая психотерапия может проводиться через день. Более интенсивной она бывает при наличии должности клинического психолога, который принимает участие в ведении тренинговых групп и групповой психотерапии. Продолжительность сеансов семейно-супружеской психотерапии соответствует продолжительности группового занятия.

При планировании работы на неделю врач-психотерапевт вносит в график и проведение других мероприятий: психопрофилактики вне психотерапевтического кабинета (лекции, встречи с населением, работа со средствами массовой информации), для клинико-терапевтических конференций, встреч с пациентами психотерапевтического кабинета с участием клинического психолога, социального работника (специалиста по социальной работе) и консультанта (супервизора). Планируют также осуществление психопрофилактических мероприятий в коллективе лечебно-профилактического учреждения.

При проведении психодиагностической работы эмпирически принятой нормой клинического психолога является 2,5 полных исследования пациентов в день. В зависимости от особенностей лечебно-профилактического учреждения, график работы клинического психолога может включать психодиагностические, психокоррекционные (психотерапевтические) мероприятия с соответствующим расчетом времени.

Клинический психолог играет важную роль в системе оказания медицинской помощи населению. Психолог работает в тесном содружестве с врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом, другими специалистами бригады, осуществляющими оказание психотерапевтической и психиатрической помощи. Самостоятельно проводит необходимые консультативно-диагностические, психодиагностические, психокоррекционные мероприятия в лечебных, реабилитационных, психопрофилактических и психогигиенических программах для пациентов с реакциями дезадаптации, стресса, неврозов и других непсихотических и психосоматических расстройств.

(Ист.: [https://otherreferats.allbest.ru/psychology/00806744\\_0.html](https://otherreferats.allbest.ru/psychology/00806744_0.html))

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи

клинической психологии при оказании медико-психологической  
помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»

**МОДУЛЬ 7: ПРОЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ В КЛИНИКЕ**

**Тема 7.1: Социализация жизненного опыта и личностная патология в нарушении адаптации.**

Личность-это системное (*gr.systema-целое соединение из частей*) социальное качество индивида. Личностью не рождаются, а становятся в процессе воспитания, образования и обучения культуре (*lat.cultura-совокупность достижений человеческого общества*). В упорядочении опыта адаптации индивид приобретает социальные качества и свойства, значимые в жизни. **Социализация личности есть процесс усвоения индивидом социального опыта и интериоризация общественных норм.** Каждая личность представляет собой сумму психических свойств, позволяющих индивиду функционировать в обществе. Понятие «свойство» в философии и психологии рассматривается как форма предмета самого в себе и совокупная сторона проявления качественных признаков. В психике человека имеются феномены: процессы, состояния и свойства. Психические процессы кратковременны и обратимы, но совокупно составляют длительные, устойчивые психические состояния, которые входят в структуру личности и превращаются в её свойства. Заметим, что врач имеет дело с конкретными патологическими состояниями (синдромами) как следствие острого или хронического заболевания. Клинический психолог оценивает норму или патологию функционирования психической деятельности человека в условиях адаптации. *Личностная адаптация/дезадаптация раскрывается в системных свойствах, отражающих социализацию индивида*, где можно судить о социальном статусе, о стиле общения и поведения человека. В формировании патологии ведущую роль играют следующие личностные свойства: конформность, негативизм, агрессивность, тревожность, уровень притязаний, локус контроля поведения, самооценка, которые в норме способствуют гармонизации общественных отношений конкретной личности, а в искажённом виде создают жизненные проблемы, наблюдаемые в поведении. (Ист.: Медицинская психология: новейший справочник.-М.,2017).

**Конформизм** (*лат. conformis-подобный, сообразный*) предполагает изменение в поведении или мнении человека под влиянием реального или воображаемого давления со стороны другого человека или группы людей. Личностный конформизм рассматривается как изменение поведения, чтобы соответствовать ожиданиям общества. Различают внешнюю и внутреннюю податливость личности. Внешняя-это демонстрация окружающим своего подчинения, а внутренняя-это действительно преобразованные индивидом жизненные установки как

—[**Методология обучения:** Симуляционное занятие. Лабораторная работа:самотестирование. **Цель:** Моделирование диагностической ситуации. **Задача:** Проблемно-ситуативный анализ. Требования к занятию: Закрепление навыков по изучаемой теме. ]

собственные. Обе позиции важны, так как служат способом разрешения конфликта между личным и общественным мнением. *В норме конформизм необходим, чтобы гармонизировать взаимоотношения с окружающими в соответствии с предписанными социальными ролями.* Человек, будучи существом социальным, подстраивает своё поведение под общественные эталоны. Патологией в структуре конформизма выступает **психоэмоциональная зависимость**, где проявляются сильные или полярные эмоции, испытываемые в контакте со значимым объектом. Эмоциональная зависимость вытесняет на второй план интересы и дела самого человека, оставляя лишь отношения с объектом пристрастия. Происходит слияние и потеря собственного «Я», а потребность в ярких эмоциях возрастает, как при химической зависимости. Вначале отношений эмоции бывают положительными, а затем сменяются страхом, ревностью, обидой, злостью и др., но всегда бывают очень сильными и с резкими контрастными перепадами, что становится основой психосоматики и др. заболеваний.

**Негативизм** (лат. *negatio*-отрицание) как качество личности обнажает собой склонность мыслить отрицательно на базе предрассудков, предубежденности, видения в людях только одних недостатков; иметь недоброжелательный настрой. Негативизм является особой разновидностью психоэмоциональной зависимости и одним из механизмов преодоления кризиса трёх лет (по Выготскому), когда начинается социализация личности. Эта детская реакция обнаруживает эмоциональное несогласие ребёнка действовать способами, предложенными взрослыми. При неудачно пройденном кризисе в трёхлетнем возрасте негативизм наиболее ярко проявляется в подростковом кризисе, демонстрируя упрямство или открытый конфликт. *Доля здорового негативизма важное качество для развития критичности мышления, необходимого в адекватной соционормативной адаптации.* Личностный негативизм взрослого человека представляет немотивированное поведение субъекта, противоположное ожиданиям окружающих, как остаточное явление своевременно неразрешённых кризисов детского и подросткового возрастов с закрепившимся негативизмом личностного свойства. Психологической установкой поведения выступает несогласие/ отрицание определённых требований, форм общения или ожиданий от личности, направленное на протест по отношению к группе или на отвержение каких-либо лиц. Патологическое **девиантное поведение** (лат. *de*-прекращение + *via*-путь; в зн. *свернул с пути*) есть прямое отражение личностного негативизма.

**Агрессивность**, как свойство личности демонстрировать силовое превосходство, имеет цель причинения вреда или нанесения ущерба окружающим. Биологически агрессия выступает защитой безопасности при угрозе жизни. *В социальных отношениях агрессивность регулируется морально-этическими нормами и Уголовным кодексом государства.* Агрессивное поведение проявляется негативными эмоциями гнева, ярости, сугубо окрашенными чувствами ненависти, неприязни и т.п. по отношению к конкретным лицам или в ситуациях. Агрессия всегда разрушает эмоциональную сферу взаимоотношений личности с другими членами сообщества, наносит непоправимый ущерб собственной психике субъекта. Частное определение «агрессивная личность» отражает наличие низкого уровня развития эмпатии (вчувствования) или вовсе её отсутствие, как способности к сопереживанию другому человеку, что является грубой патологией. Патология агрессивности проявляется качествами жестокости, садизма, насилия, причём выраженные не только физическими действиями (побои, драки и т.п.), но и словесно (брань, оскорбления, манипулирование сознанием другого человека) или эмоционально-мотивационными воздействиями

(угрозы, давление, шантаж и т.п.). Разновидностью считается аутоагрессия при злоупотреблении психоактивными веществами. (Ист.: там же).

**Тревожность** различают как свойство личности или как тревожное состояние, вызванное объективными причинами и периодически возникающее у любого человека. У соматических больных тревожность повышается в период острых или хронических заболеваний. Личностная тревожность в структуре интегральной характеристики индивидуальности понимается как постоянное ожидание неблагоприятного исхода в относительно нейтральных ситуациях, где объективно угрозы существованию не содержится. Под личной тревожностью понимают свойство человека воспринимать широкий круг ситуаций как угрожающие его самооценке, самоуважению или престижу, отчего актуализируется тревога. Патологией на почве личностной тревожности становится стойкое снижение адаптивных возможностей и готовность к формированию невротических болезненных расстройств. (Ист.: там же).

**Локус контроля поведения** также стойкое свойство личности в том, чтобы ответственность за результаты своей деятельности приписывать внешним силам (экстернальный локус или экстраверсия) или собственным способностям, усилиям и внутренним силам (интернальный локус или интроверсия). *Локус контроля в целом отражает уровень личностного развития и психологической зрелости.* Люди, обладающие внутренним локусом, более уверенные в себе, последовательные, настойчивые в достижении целей, склонны к самоанализу, уравновешенные, общительные, доброжелательные и независимые. Склонные к внешнему локусу контроля поведения чаще проявляют неуверенность в своих способностях, неуравновешенность, стремление откладывать реализацию своих намерений на неопределённый срок, имеют повышенную тревожность, нередко обладают подозрительностью, агрессивностью, и, как правило, имеют постоянную скрытую или явную конфликтность. Внутренний локус контроля является социально одобряемой ценностью. Личностной патологией становится крайняя степень экстремального/интернального локуса контроля или амбитенденция, когда субъект не способен определиться в своей позиции. (Ист. Там же).

**Уровень притязаний** личности определяется сложностью жизненных задач, стоящих перед человеком. Завышенный уровень снижает индивидуальную способность к обучению и приобретению опыта, поскольку человек не способен воспринимать новую информацию, изменять позицию, интегрировать поступающие новые знания в собственный жизненный опыт. Заниженный уровень создаёт проблемы самореализации, так как субъект, не претендующий на достижение значимых целей, действительно редко добивается жизненных успехов. *Притязание личности объективно соотносится с потенциальными возможностями, ресурсами и с социо-нормативными и духовно-нравственными критериями жизни.* Необоснованное снижение трудности избираемой цели или повышение трудности, а также неверно поставленные задачи в достижении целей, свидетельствуют о нереалистическом уровне притязаний или о неадекватной оценке возможностей. Личностной патологией данного свойства считается полная неспособность к объективной оценке своих реальных и потенциальных способностей, что, нередко, приводит к действиям и поступкам, противоречащим общепринятым и даже противоправным нормам. Патология притязаний проявляется во всех психических и при многих соматических заболеваниях, протекающих в тяжёлой форме. Задача клинического психолога в каждом конкретном случае рассматривать дезадаптацию, как временную, на уровне притязаний, так и ядерное фактическое нарушение психической деятельности.

**Самооценка**—это оценка личностью себя, своих возможностей, индивидуальных качеств, свойств и своего места среди людей в обществе (притязание на социальный статус). *Самооценка регулирует поведение.* От неё зависят взаимоотношения человека с окружающими, критичность, требовательность к себе, отношение к успехам и неудачам. Самооценка тесно связана с уровнем притязаний, а расхождение между притязаниями и реальными возможностями приводит к неадекватному поведению с эмоциональными срывами, повышением тревожности и т.д. Выработать адекватную самооценку можно, добившись в жизни успеха или снизив уровень притязаний до реальных возможностей. Нормальная личность характеризуется активностью, расширяя сферу деятельности в границах общественных требований и ролевых предписаний. Личностной патологией будет пассивность, отказ от преобразовательных действий, извращённая или деструктивная активность, выражаемая нежеланием или потерей способности изменять деятельность, чтобы адекватно соответствовала социально-нормативным требованиям и ролевым отношениям.

В определении дееспособности личности используются понятия нормальной и аномальной личности. Промежуточное нарушение развитие личности детей и подростков принято относить к отклоняющемуся поведению, а на почве дизонтогенеза - к аномальному развитию. «Застревание» личностного развития взрослой личности определяется термином инфантильная (*лат.infantilis-детский*) личность. Все эти понятия отражают характеристики основных личностных свойств. Кроме того, существуют частные определения, как невротическая, конфликтная, примитивная личность и т.п., что в большей степени выражает внутренние отдельные качества основных адаптационных свойств человека.

Личность – это конкретный человек как представитель определённого общества, занимающийся каким-либо видом деятельности, осознающий своё отношение к окружающему миру и наделённый индивидуально-психологическими особенностями. Характеристиками личности являются: мировоззрение, целостность, осознанность человеком своего места в обществе, содержание потребностей, интересов и специфика качеств, проявленных поведением во взаимоотношениях с другими людьми. Понятие социо-нормативная личность являет собой сложную многоуровневую структуру жизненного опыта индивида, преломлённого в разнообразии подсистем и качеств, совокупно создающих уникальную неповторимость в универсальности жизненного опыта.

**Первичной личностной подсистемой выступает темперамент** (*лат. temperamentum-соразмерность*), соразмеряющий устойчивые индивидуальные особенности психической деятельности и поведения человека. Гиппократ (460-377гг.до н.э.)выделил четыре темперамента: сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик. По И.П. Павлову, темперамент есть природная (врождённая) особенность нервной системы с возбуждением и торможением. Нервные процессы имеют силу, уравновешенность и подвижность, а индивидуально-личностные психофизиологические особенности с нейродинамическими характеристиками выражают: эмоциональность, скорость мышления и двигательных актов, общительность. При этом эмоциональность отражает сбалансированность-разбалансированность реакций с внешними проявлениями впечатлительности-вспыльчивости (В) и импульсивности (И), вместе создающими стабильность или лабильность эмоций. (Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология.М, 1998).

Тип темперамента:	В:	И:	Сочетание особенностей нервной системы:
Холерик	В↑	И↑	Неуравновешенность, сила, подвижность
Меланхолик	В↑	И↓	Неуравновешенность, слабость, инертность
Сангвиник	В↓	И↑	Уравновешенность, сила, подвижность
Флегматик	В↓	И↓	Уравновешенность, сила, инертность

Особенности темперамента не патология, они выступают фундаментом формирования характера личности, определяющего поведение человека в обществе.

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова



Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

## МОДУЛЬ 7: ПРОЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ В КЛИНИКЕ

### Тема 7.2: Патология индивидуально-личностного реагирования и психосоматические заболевания.

*Психосоматика – это направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение и поддержания ряда соматических заболеваний.* Мысль о неразрывном единстве психического и соматического была высказана ещё Гиппократом, а в XX веке появилась «психосоматическая медицина». Единство этих процессов имеется в любом нарушении гомеостаза, исходит из внешней и внутренней среды и рассматривается как звено патогенеза. Аффект тоски, тревоги или страха переводится на язык физиологии и вызывает соматические последствия через нейро-вегетативно-эндокринную систему. При этом торможение (психомоторное или словесное), выраженное эмоциями тоски, тревоги, страха, и сдерживаемые субъектом во внешнем проявлении, может иметь патогенное значение, когда стимулы из центральной нервной системы отводятся в автономную область и приводят к патологическим изменениям во внутренних органах. Накоплено много клинических экспериментальных фактов, в патогенезе которых психогения болезни занимает основное место: гипертония, язвенная болезнь, сахарный диабет, нервная анорексия и др. В основе этих заболеваний лежит специфичность психологического стресса и изменения в определённой органической системе. (Ист.: Н.В. Середина, Д.А. Шкуренко. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология. - Ростов-на-Дону, 2013).

Основной вопрос о формировании синдромов рассматривается в нескольких теориях, претендующих на раскрытие этиологии:

1. Психосоматика возникает вследствие наследственно-конституциональной предрасположенности к повреждению тех или иных органов.

2. Конституциональная предрасположенности к психосоматическим реакциям является результатом раннего жизненного опыта адаптации (перенатальный и младенческий периоды развития).

3. Психосоматика возникает вследствие личностных изменений в поздний период взрослости и в начале инволюционных органических процессов.

4. Психосоматика появляется вследствие ослабления функционирования внутренних органов, вызванного телесными травмами или инфекциями организма.

5. Психосоматика возникает в результате наибольшего напряжения функционирования определённых органов в момент психологического стресса.

6. Психосоматика образуется в мировоззренческой системе личностного

\_\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Симуляционное занятие. Кейс-стади: самоподготовка. **Цель:** Повышение компетентности. **Задача:** Апробирование прикладных аспектов клинической психологии в медицинском обслуживании населения. Требования к занятию: Усвоение контекста темы. ]

функционирования, где реагирование тех или иных органов имеет символического значения для индивида. (Ист.: там же). Прямую связь психических факторов с внутренними заболеваниями одним из первых подметил И.М. Сеченов, что всякая болезнь сопровождается психическим расстройством в разнообразных формах проявления. И.П. Павлов считал, что сущностью психогении является нарушение силы и подвижности основных нервных процессов возбуждения и торможения, а также нарушения отношений между сигнальными системами, наступающими в результате психотравмы. Принято считать, что аффект (*лат. affectus-душевное волнение*), объединяющий психологическую и соматическую сферу, выражается тоской, постоянной тревогой, страхом опасений. Если внешние проявления аффектов предотвращаются, то патогенное воздействие приводит к изменениям во внутренних органах или сосудистой системе, и таким образом психосоматические болезни от истинно психогенных отличаются тенденцией к саморазвитию. Первоначально возникшая в головном мозге ответная реакция на стимул, превращается в психогенную функцию активизации функциональных органов и систем. П.К. Анохин придавал значение всем отрицательным эмоциям, а Г.Ф. Ланг писал, что образуется постепенное потенцирование и усиление вегетативного пути, когда происходит перевозбуждение и появляются гипертензивные состояния в отношении сосудов и спастического состояния кишечника. (Ист.:там же)

**Выделяют несколько видов взаимодействия между психикой и соматикой.** Острые и хронические инфекционные заболевания сопровождаются нарушениями психики в рамках невротических или психических картин заболевания. При соматических нарушениях существует влияние на психику, например, астения при инфекции или тяжёлом заболевании выступает как психическая травма, а психические нарушения становятся психогенной реакцией. А при соматических нарушениях оба механизма имеют место. Реакцией на стресс могут быть невротические расстройства, но при этом каждая группа нарушений демонстрируют и разные способы переработки внутриличностного психического конфликта и соматического действия. Отличительными особенностями всех психосоматических реакций являются индивидуально-психологические свойства личности. В практике существует нескольких моделей формирования психосоматических расстройств: психофизиологическая; психодинамическая; системно-теоретическая; социопсихосоматическая. Принято считать, что каждый орган человеческого тела имеет свою психическую проекцию (В. Райх и др.), что подчёркивалось с древних времён. Эмоциональным переживаниям соответствуют различные ощущения, в первую очередь, в сердце, как изменение ритма, а также вазомоторные явления. **Различают три группы психосоматических расстройств: конверсионные симптомы (неврозы); функциональные синдромы (органные неврозы); психосоматические заболевания (психосоматозы).** Лечение и коррекция в основном опираются на отдельные концепции этиологии психосоматических заболеваний а) вследствие стрессов и непреодолимой психотравмы; б) вследствие внутреннего личностного конфликта между одинаковыми стимулами по интенсивности воздействия, но разными по побуждающим мотивам; в) вследствие конфликта мотивов как неустранимого стресса, порождающего психологическую реакцию капитуляции в виде маскированной депрессии. (Ист.:там же)

**При невротическом конфликте** символический симптом психосоматической реакции выступает в качестве попытки разрешить внутриличностный конфликт. Однако отнести заболевание к конверсионным симптомам пра-

вомерно при условии, что сопровождается иными диссоциативными психопсихологическими расстройствами, например, амнезия, транс и т.п. (Ист.: там же).

**Функциональные синдромы** затрагивают сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, дыхательную, мочеполовую, двигательную системы. Из сердечно-сосудистых (синдром сердца, кардионевроз): тахикардия, учащённое сердцебиение, сердечные спазмы, короткие аритмии. Пациенты указывают на чувство сдавливания в области сердца, одышку парестезии, страх удушья, страх развития инфаркта миокарда. Наиболее распространена вегетососудистая дистония. При симпатикотонической форме преобладают: бледность и сухость кожи, похолодание конечностей, блеск глаз и лёгкий экзофтальм, неустойчивость температуры тела, склонность к тахикардии, тенденция к повышению артериального давления, мышечная дрожь, парестезии, зябкость, неприятные ощущения в области сердца. Для ваготонии характерны: холодная, влажная, бледная кожа; гипергидриоз или гиперсаливация; яркий красный демографизм; тенденция к артериальной гипотонии; дыхательная аритмия; склонность к обморокам; прибавка в весе. (Ист.: там же).

**Психосоматозы** принято также подразделять на три группы явлений:

- 1) органические расстройства: гипертония; язвенная болезнь, астма и др.;
- 2) функциональные расстройства: вегетативно-сосудистая дистония;
- 3) психосоматические расстройства эмоционально-личностного реагирования и поведения, выраженные в склонности получать частые телесные травмы и повреждения тела, к аутоагрессии (алкоголизм, наркомания, токсикомания, переедание пищи и т.п.) (Ист.: там же).

По мнению некоторых авторов концепции социопсихосоматики, болезнь начинается, когда человек озабочен состоянием здоровья, болен или чувствует себя больным и осознаёт свою жизненную уязвимость. Психосоматическая болезнь становится возможной вследствие развития неправильных отношений между индивидом и социальными структурами, в которые включена личность.

**Особенности психосоматического состояния соматического больного выражены в переживаниях тревожных мыслей об опасности или смертельной болезни.** Особо показательные в этом плане кардионевроз или канцерофобия. В других случаях тревожные мысли связаны с возможностью потери трудоспособности и инвалидизацией. Имеются у соматических больных, так называемые, «неэтические» венерические, гинекологические и т.п. заболевания, которые дополнительно способствуют формированию психосоматики в силу страха осуждения общественного мнения. При любых терапевтических острых соматических заболеваниях, включая хирургические операции, у пациентов встречается большой диапазон расстройств в психической сфере от лёгкой астении до выраженных бредовых идей, галлюцинаторных переживаний и двигательного возбуждения. Отдельно следует остановить внимание на больных с разными физическими дефектами и аномалиями органов чувств: лица, слуха, зрения, искривления позвоночника и др. В таких обстоятельствах нарушения функционирования общими психическими свойствами больных являются: ранимость, подозрительность, фиксация на дефекте, «комплекс неполноценности».

Наиболее значимыми становятся особенности характера человека в его реагировании на заболевание. Субъективное отношение к болезни формируется на основании семейного воспитания в детстве и способности индивида переносить боль. В семейных традициях закрепились две модели: «стоическая» и «ипохондрическая». В одной модели ребёнка поощряют за поведение, направленное на перенесение боли и самостоятельное преодоление недуга, в другой формируют сверхценное отношение к здоровью, где родители поощряют вниматель-

ное отношение к оценке состояния в болезни. Семейные традиции определяют и иерархию болезней по степени тяжести, опасности для жизни, с учётом, что подобным заболеванием страдали родственники или же умерли в результате заболевания. Вследствие воспитательных навыков субъективно значимыми может стать гипертония, язвенная болезнь и т.п., а не общественно признанные как онкология, инсульт, туберкулёз или психическое заболевание. **Значимыми в отношении к болезни выступают морально-нравственные критерии и мировоззрение личности.** У верующих людей и атеистов глубоко разнятся психологические реакции на заболевания. Верующие более адекватно относятся к смертельным болезням. А маловерующие или атеисты реагируют на утрату трудоспособности недифференцированной обидой, в том числе могущей привести к смерти. Более часто, чем верующие, начинают искать виновного в своём заболевании, создают вокруг себя враждебную обстановку и неадекватно реагируют в общении, как с близкими, так и медперсоналом. Психология верующих рассматривает свою болезнь, как кару небесную, испытание, наказание за грехи, возможно даже предков. Они принимают болезнь как должное для жизненного испытания. Мировоззренческой установкой считается и представление о болезни как наследственном факторе передачи «сломанных генов» или средовых воздействий, запускающих заболевание: болезнь как неизбежное стечение обстоятельств или как собственная ошибка индивида в жизненной адаптации. *В генезисе заболеваний можно выделить: наследственность или фатальный фактор. И хотя обе позиции отражают бытовую ментальность, но очень распространены среди консервативно настроенных людей и устойчивы к изменению, даже при проведении коррекции.* Кроме того, существуют этические позиции, отражающие народные представления о болезнях, возникающие вследствие зависти, ревности, порчи, сглаза, магических воздействий со стороны недоброжелателей. Эти мифологические установки нередко поддерживаются священнослужителями, близким окружением пациентов, где процесс болезни экстраполируется как «негативная» или «чёрная энергия». Суеверные больные начинают обращаться к всевозможным магам, экстрасенсам и пр., среди которых много явных мошенников. **В целом уровень образования и культуры оказывает влияние на оценку субъективной тяжести заболевания.** Психология считает негативным крайности в субъективных оценках заболевания: недостаток знаний или достоверной информации о болезни, или много знаний, но главным образом о тяжести, течении и исходе болезней, что является неадекватным сиюминутному состоянию больного и негативно влияет на лечение и выздоровление. (Ист.: там же).

Любая болезнь меняет восприятие больного к событиям и себе. Изменяются отношения с близкими людьми и положение в обществе. Перестраиваются интересы, так как больные отдаляются от внешнего мира и живут ощущениями к функциям своего тела. При органических и нейроинфекционных заболеваниях психические изменения связаны с глубинными нарушениями функций мозга, а при общих интоксикациях, включая алкоголизм, наркотизацию, отравления ядами и т.п., нарушения связаны с преходящими изменениями в деятельности головного мозга, вызванными отравлением.

*Задача врача и клинического психолога в своевременном распознавании психосоматического заболевания у пациентов, что позволяет врачу назначить правильное лечение, а психологу и другим специалистам своими методами и формами работы целенаправленно участвовать в процессе лечения и выздоровления больных.*

\_\_\_ **Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова.

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

**МОДУЛЬ 7: ПРОЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ В КЛИНИКЕ.**

**Тема 7.3 Психопатические особенности адаптации и клинические расстройства личности.**

Классификация психопатий, разработанная в 1933г. П. Б. Ганнушкиным, получила наибольшее признание в советской и российской психиатрии. *В основу положены особенности патологического характера, проявляющиеся в сочетании различных психопатических черт, и тип нарушения высшей нервной деятельности.* Психопатии относят к пограничным психическим расстройствам, занимающим промежуточное положение между личностными акцентуациями характера (отдельные характерологические отклонения от гармоничной нормы хорошо социально компенсированные) и прогрессирующими психическими заболеваниями. В нашей стране при установлении состояния психопатии используются клинические критерии, установленные П.Б.Ганнушкиным: 1) *стабильность личностной деформации;* 2) *тотальность проявления личностных особенностей с нарушениями всего психического склада;* 3) *выраженность патологических черт характера поведения, приводящего к нарушению социальной адаптации.* Существующие типы психопатий: ядерные (конституциональные) и генетически обусловленные; органические и краевые, приобретённые вследствие патохарактерологического развития личности, обусловленного неправильным воспитанием. (Ист.: <https://www.psyportal.net/232/tipyi-psihopatii/>). Принято группировать психопатии по нарушениям в определенной области психической деятельности. *К группе с преобладанием расстройств в сфере мышления относят: шизоидов, параноиков, астеников и психастеников.* (Ист. Там же).

**Шизоидная психопатия.** (*Шизоидное расстройство личности*). Личности отличаются замкнутостью, скрытностью, оторванностью от реальности, склонностью к внутренней переработке своих переживаний, сухостью и холодностью в отношениях с близкими людьми. Если проблема лично значима, то характерна эмоциональная дисгармония в сочетании с повышенной чувствительностью, ранимостью, впечатлительностью, холодностью, непробиваемостью в плане чужих проблем («дерево, стекло»). Отрешённость от действительности, жизнь направлена на максимальное самоудовлетворение без стремления к славе и материальному благополучию. Увлечения необычные, оригинальные. Среди них много лиц, занимающихся искусством, музыкой, теоретическими науками. В жизни обычно их называют чудаками, оригиналами. Их суждения о людях категоричные, неожиданные, не предсказуемые. На работе шизоидные психопаты часто неуправляемые, так как трудятся, исходя из своих представлений о должном и ценностях в жизни. Но там, где требуется художественная экстравагантность и одарённость, нестандартность мышления, символизм, могут достичь многого. Постоянных эмоциональных привязанностей нет, семейная жизнь обычно не складывается из-за трудностей в общности интересов. Однако готовы к самопожертвованию ради увлечённых идей, но могут быть абсолютно безразличными к больной матери. Пассивность

\_[ **Методология обучения:** Симуляционное занятие. Кейс-стади: контекстные задачи, упражнения. **Цель:** Систематизация и структурирование знаний. **Задача:** Актуализация опорных положений. Требования к занятию: Конкретность содержания материала.]



и бездеятельность в решении бытовых проблем сочетается с изобретательностью, предприимчивостью и упорством в достижении особо значимых для них целей (например, научная работа, коллекционирование), поэтому бывает, что материальное благополучие и власть, как средство самоудовлетворения, становятся основной задачей на некоторое время. *Иногда шизоидные психопаты используют свои уникальные способности, чтобы воздействовать на внешний для них мир (гипнотизёры, целители и т.п.).*

**Параноическая психопатия.** (*Параноидное расстройство личности*). Главной особенностью личностей является склонность к образованию сверхценных идей. С детства свойственны упрямство, прямолинейность, односторонность интересов и увлечений. Обидчивы, злопамятны, самоуверенны и очень чувствительны к игнорированию их мнения окружающими. Постоянное стремление к самоутверждению, безапелляционная категоричность суждений и поступков, эгоизм и крайняя самоуверенность создают почву для конфликтов с окружающими. Застреваемость на определённых мыслях и обидах, ригидность, консервативность, «борьба за справедливость» являются основой для формирования идей, касающихся эмоционально значимых переживаний. Сверхценные идеи базируются на реальных фактах и событиях, конкретные по содержанию, но суждения основаны на субъективной логике, поверхностной и односторонней оценке действительности, подтверждающей только их точку зрения. Содержанием сверхценных идей бывает изобретательство, реформаторство, а непризнание достоинств и заслуг ведёт к столкновению с окружающими, конфликтам, сутяжному поведению: письма в разные инстанции, судебные разбирательства. *Сверхценное значение могут иметь идеи ревности, ипохондрии (фиксация на собственном здоровье с постоянным хождением по лечебным учреждениям с требованиями дополнительных консультаций, обследований, новейших методов лечения, не имеющими для того реального обоснования).*

**Астеническая психопатия** (*Зависимое расстройство личности*). Для психопатических личностей астенического круга характерны с детства повышенная робость, стеснительность, нерешительность, впечатлительность. Теряются в незнакомой обстановке и новых условиях, испытывая при этом чувство собственной неполноценности. Повышенная чувствительность, «мимозность» проявляется как в отношении психических раздражителей, так и физических нагрузок. Довольно часто не выносят вида крови, резких перепадов температуры, болезненно реагируют на грубость и бестактность, но их реакция недовольства может выражаться в молчаливой обидчивости или брюзжании. *Часто бывают различные вегетативные расстройства: головные боли, неприятные ощущения в области сердца, желудочно-кишечные нарушения, потливость, плохой сон. Быстро истощаемы, склонны к фиксации на своём самочувствии.*

**Психастеническая психопатия** (*Ананкастное расстройство личности*). Личностям свойственны стеснительность, нерешительность, неуверенность в себе и склонность к постоянным сомнениям. Легко ранимы, застенчивы, робки, болезненно самолюбивы. Стремление к постоянному самоанализу и самоконтролю, склонность к абстрактным, оторванным от реальной жизни логическим построениям, навязчивым сомнениям, страхам. Трудны любые перемены в жизни, нарушение привычного уклада (смена работы, места жительства и т. д.), что вызывает усиление неуверенности и тревожных опасений. Вместе с тем, исполнительные, дисциплинированные, нередко педантичные и назойливые. Могут быть хорошими заместителями, но не на руководящих должностях, так как необходимость принятия самостоятельного решения и проявления инициативы для них труднопереносима. *Однако высокий уровень притязаний и отсутствие чувства реальности способствуют декомпенсации таких личностей.*

**Расстройства в эмоциональной сфере** в Международном классификаторе болезней (МКБ) 9-го пересмотра объединяли в одну группу возбудимый, аффективный и истерический типы нарушений, но в 10-м пересмотре МКБ (1997) подгруппу исключили. Однако многие авторы в своих классификациях по-прежнему, рассматривают эту группу психопатий на основе аффективных нарушений. (Иср.: <https://psihomed.com/psihopatiya/>)

**Эпилептоидная психопатия.** (*Импульсивное расстройство личности*). Ведущими чертами личности являются крайняя раздражительность, возбудимость, взрывчатость, гнев, ярость. После вспышки быстро «отходят», иногда сожалеют о случившемся, но в соответствующих ситуациях поступают так же. Многим недовольны, ищут поводы для придирок, спорят по любому поводу, проявляя излишнюю горячность, переходят на крик. Отсутствие гибкости, упрямство, убежденность в своей правоте и постоянная борьба за справедливость личных эгоистических интересов, приводят их к неуживчивости в коллективе, конфликтам на работе и в семье. Наряду с вязкостью, застреваемостью, злопамятностью, обладают лстивостью, ханжеством, в разговоре часто употребляют уменьшительно-ласкательные слова, отчего становятся слащавыми. Чрезмерный педантизм, аккуратность, властность и преобладание мрачного, угрюмого настроения делают их невыносимыми. Бескомпромиссны: любят или ненавидят, причём окружающие страдают от их любви и ненависти, так как эпилептоиды мстительны. *Бывают нарушения влечений в виде злоупотребления алкоголем, наркотиками (снижают напряжение), стремления бродяжничать. Среди психопатов встречаются азартные игроки и запойные пьяницы, сексуальные извращенцы и убийцы.* (Ист.:т. же)

**Истерическая психопатия.** (*Истерическое расстройство личности*). Для личностей характерны жажда признания, стремление обратить на себя внимание, что проявляется в демонстративности, театральности, преувеличении и приукрашивании своих переживаний. Поступки рассчитаны на внешний эффект поразить окружающих, например, необычно ярким внешним видом, бурностью эмоций (восторги, рыдания, заламывания рук), рассказами о необыкновенных приключениях, нечеловеческих страданиях. Не останавливаются перед ложью, самоговорами, например, приписывают себе преступления (или подвиги), которых не совершали (*патологические лгуны*). Чувства поверхностные, неустойчивые, колебания настроения, быстрая смена симпатий и антипатий. Отличаются повышенной внушаемостью и самовнушением, поэтому постоянно играют какую-то роль, подражая кому-либо. Свойственен художественный тип мышления. Суждения крайне противоречивые, часто не имеют под собой реальной почвы. Вместо логического осмысления и трезвой оценки фактов, мышление основано на непосредственных впечатлениях и собственных выдумках и фантазиях. Подобный личностный тип иногда склонен к половым извращениям (половая психопатия). *Если истерический пациент попадает в больницу, то он может копировать симптомы заболеваний других больных, находящихся вместе с ним в палате.* (Ист.: там же).

**Циклоидная психопатия.** (*Циклотимия*). К группе относятся личности с конституционально обусловленным уровнем настроения: *депрессивные* (гипотимные), *возбуждённые* (гипертимные), *эмотивно-лабильные* (*реактивно-лабильные*) психопаты. Настроение *циклотимиков* изменяется от пониженного, грустного, до повышенного, радостного вне зависимости от жизненных событий обстоятельств, а по причине генетической обусловленности. (Ист.: <https://psihomed.com/psihopatiya/>)

**Неустойчивая психопатия.** Отличаются повышенной подчиняемостью внешним влияниям. Слабовольные, внушаемые, «бесхарактерные», легко поддающиеся влиянию других людей. Жизнь определяется не целью, а случайными обстоятельствами. *Нередко попадают в дурную компанию, спиваются, становятся наркоманами, мошенниками.* На работе не обязательные, не дисциплинированные, дают обещания и стараются угодить, но малейшие внешние события выбивают их из колеи. Постоянно нуждаются в контроле и авторитетном руководстве, чтобы вести правильный образ жизни. (Ист.:т.ж)

**Антисоциальная психопатия** (*диссоциальное расстройство личности*). Особенностью личностей являются резко выраженные моральные дефекты. Страдают частичной эмоциональной тупостью и практически не имеют социальных эмоций: сознание долга по отношению к обществу и чувство симпатии к окружающим полностью отсутствует. Не имеют ни стыда, ни совести, ни чести, безразлично относятся к похвале и порицанию, неспособны приспособиться к правилам общежития. Тяготеют к чувственным наслаждениям. Некоторые антисоциальные психопаты с детства склонные к мучительству животных и не имеют привязанностей даже к самым близким людям (в том числе матери). *Активность и настойчивость такого больного в этой борьбе за свои интересы не могут сломить ни просьбы, ни убеждения, ни даже угрозы.* (Ист.: там же).



**Конституционально-глупые.** Смешанное личностное расстройство, когда у конкретного индивидуума наблюдаются симптомы разных видов - это **мозаичная психопатия**. Ни один из признаков не является устойчивым, проявляется и исчезает, сменяясь другим. П.Б. Ганнушкин называл индивидуумов конституционально глупыми. От рождения являются обладателями средних умственных способностей. Но в отличие от олигофренов, хорошо учатся в общеобразовательной школе и даже успевают в университете на базе хорошей памяти. Не оригинальны, банальны, с шаблонным мышлением, поэтому расстройство называют «салонное слабоумие». Внушаемые и примитивные личности, готовые подчиняться «общественному мнению», следовать моде, идти «за вождем». Консерваторы из чувства самозащиты, поэтому держатся за то, к чему привыкли. Могут иметь большое самомнение, с высокопарно торжественным видом изрекают сложный набор пышных фраз, не имеющих содержания. Любят занимать «командные» посты и должности, демонстрируя чванство и высокомерие. К этой группе относят также людей без духовных (интеллектуальных) потребностей и запросов, а также и без особых притязаний на посты. (Ист.: <https://psihomed.com/psihopatiya/>)

**Тенденции формирования клиники изменения психического состояния зависят от преморбидных состояний психики соматического больного.**

1. *Психические больные, находящиеся на разных этапах психического заболевания:* а) усиливают сложность течения соматического заболевания; б) провоцируют новый приступ или рецидив психического заболевания; в) соматическое заболевание приводит к послаблению течения основной психической болезни.

2. *Психические здоровые лица имеют неодинаковые реакции на соматические заболевания.* Их изменения также зависят от преморбидных состояний, обусловлены особенностями причины болезни и индивидуально-личностной акцентуацией характера.

3. *Психопатические личности в разных фазах развития психопатии имеют следующие особенности:* чем более значительны и массивны личностные аномалии и патологические изменения, тем менее критично индивид оценивает свою соматическую болезнь, что значительно снижает выбор эффективных форм помощи больному. Особенности типа психопатии выступают провоцирующим фактором в развитии психосоматического заболевания определённого вида. Соматическая болезнь, образовавшаяся у психопатов, сопровождается компенсацией или декомпенсацией психических расстройств. (Ист. там же).

В стадии компенсации лечение психопатии не осуществляется. В период декомпенсации личностям с эмоциональными колебаниями назначают антидепрессанты, истерическим личностям небольшие дозы нейролептиков (Трифтазин, Аминазин), отклонения поведения лечатся корректорами Сонапакс, Неулептил; злобность, агрессивность нейролептиками (Галоперидол, Тизерцин), тяжелые астенические отклонения стимуляторами (Сиднокарб) и т.д. Назначение психотропных препаратов идет строго в зависимости от психопатических реакций и личностных особенностей пациента. *Подбор препаратов, способов и доз осуществляется врачом-психиатром.* Период декомпенсации протекает с оформлением больничного листа на временную утрату трудоспособности. Прогноз лечения психопатий благоприятный. **Соматические заболевания врач лечит на общих основаниях, с учётом особенностей взаимодействия с психопатом.** *Клинический психолог вместе с другими специалистами профессиональными методами и средствами участвует в профилактике декомпенсации как мерах социального воздействия: воспитание в школе, в семье, социальная адаптация и адекватное трудоустройство, соответствующие психическому складу личности и уровню интеллекта. В период декомпенсации по заданию врача специалисты используют методы психотерапевтического воздействия (аутогенная тренировка, рациональная, семейная психотерапия, гипноз и т.п.).* (Ист.: там же).

\_\_\_\_\_ **Составитель материала:** преподаватель А.Д. Набатникова

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия:48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

## МОДУЛЬ 7: ПРОЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ В КЛИНИКЕ

### Тема 7.4: «Трудный характер» личностной акцентуации пациентов.

Под понятием «трудный характер» подразумевается поведение человека с наличием ярких и устойчивых личностных проявлений, которые затрудняют его общение с окружающими. Акцентуации (*лат. accentus-ударение*) личности и характера определяют весь стиль коммуникативного поведения человека. Проявляются в любом возрасте, но особенно ярко выражены в подростковом, а затем постепенно сглаживаются, однако при неблагоприятных обстоятельствах закрепляются и становятся отличительной чертой трудного характера взрослой проблемной личности. Дословно с греч. «характер» означает «царапать на твердом материале» или инструмент для клеймения, чеканки. Отсюда, «показывая свой характер», человек демонстрирует внутреннее состояние души. Истоки учения о характере связаны с Феофрастом, учеником Аристотеля, исследовавшим афинского обывателя в многообразии «текущих» вещей. Это была серия зарисовок, изображавших типы носителей какого-либо недостатка: льстец, болтун, скряга, хвастун, сплетник и т.д., как сумма душевных свойств, выраженных в поступках и словах. Философ считал, что характеры бывают только отрицательными, а обладают ими лишь слуги и рабы. По мере накопления знания и социального опыта учение о характере обогащалось новыми представлениями. В разные возрастные периоды характер складывается под влиянием внешних и внутренних предпосылок, в него входят не только переживания, но и другие личностные свойства. Л.С. Выготский определяет *характер, как целостный и устойчивый индивидуальный склад душевной жизни человека, приобретаемый помимо врожденных свойств нервной системы, и проявляющийся в отдельных его психических актах, состояниях, манерах, привычках, складе ума и собственных человеку эмоциональных переживаниях.* Иными словами, ответственность за свой характер несёт индивид, а не социум. (Е.А.Алексеев, И.В.Выбойщик, Л.П. Паршукова. Акцентуации характера. Уч.пособие.-Челябинск,2002)..

Характер-это каркас личности с выраженными свойствами и отношением. в различных видах деятельности. Все черты характера – это черты личности, однако не все черты личностные черты являются свойством характера. **Характер представляет индивидуальное сочетание наиболее устойчивых, существенных особенностей личности, проявляющихся в поведении человека, с его определенным отношением к себе, другим людям, порученному делу и миру вещей.** В современном научном познании характера человека преобладает комплексный и многоаспектный

\_\_\_[ **Методология обучения:** Симуляционное занятие. Лабораторная работа: самотестирование. **Цель:** Формирование структурной основы знаний. **Задача:** Раскрытие прикладных аспектов клинической психологии. Требования к занятию: Структурирование информации. ]

подход. Понятие «акцентуация» в 1968г. впервые ввел немецкий психиатр и психолог Карл Леонгард, автор концепции «акцентуированных личностей», послужившей теоретической основой для создания личностного опросника, разработанного в 1970 г. его коллегой, психиатром и психологом Г. Шмишеком.

Теория определяет акцентуацию как дисгармоничное развитие характера, являющую собой сильную выраженность отдельных черт, что обуславливает повышенную уязвимость личности в отношении определенного рода воздействий, поэтому *акцентуация в определённых специфических ситуациях затрудняет личностную адаптацию*. Адаптационные затруднения личности в некоторых специфических обстоятельствах могут сочетаться с хорошими психосоциальными способностями в других ситуациях.

Дисгармоничность черт характера приводит к изменениям структуры психической деятельности. В выборе своих поступков человек руководствуется не реалистическими и адекватно обусловленными мотивами, а изменёнными мотивами «психопатической самоактуализации», т.е. ликвидации личностного диссонанса рассогласования между идеальным «Я» и самооценкой. К. Леонгард определил в характере стержень личности, ее развитие, процессы адаптации и психическое здоровье. Согласно концепции акцентуированной личности, основные черты характера у людей варьируют в пределах нормы, но когда черта выражена в большой степени, то становится акцентом. Модель личности содержит 12 типов акцентуаций, описанных в книге «Акцентуированные личности» (1989г.) По мнению автора, у 20-50% взрослых личностей заострены (акцентуированы) отдельные черты характера. Демонстративный; педантичный; застревающий; возбудимый; гипертимический; дистимический; тревожно-боязливый; циклотимический; аффективно-экзальтированный; эмотивный учёный относит к приобретённым свойствам характера, а остальные варианты к акцентуациям темперамента, когда описывал гипертимных, дистимных, циклотимных, экзальтированных, тревожных, эмотивных, экстравертированных и интровертированных личностей. Кроме того, К. Леонгарду удалось выделить сочетания определённых черт характера, которые невозможно встретить у конкретной акцентуированной личности, поскольку совместные проявления реакций противопоставлены друг другу. *В практике оказания медицинской и психологической помощи знания характеров позволяют прогнозировать поведение личности*. А.Е. Личко продолжил идею немецкого учёного. Разработанный на основе этой модели Опросник (ПДО) предназначен для лиц подросткового и юношеского возраста (14–18 лет) и используется в диагностике органических нарушений, которые в сочетании с определёнными психологическими особенностями приводят к патологическому развитию характера личности. Выделил 11 типов психопатий и акцентуаций характера: гипертимный; циклоидный; лабильный; астеноневротический; сензитивный; психоастенический; шизоидный; эпилептоидный; истероидный; неустойчивый; конформный. ПДО только частично опирается на концепцию К. Леонгарда и предназначен для диагностики психопатий и акцентуаций характера в подростковом возрасте. Чаще опросник применяется в клинических целях, а для его использования необходимы специальные знания в области патопсихологии и возрастной психологии развития. *Важнейшим средством выявления акцентуаций Леонгард считал наблюдение за реакциями человека в процессе беседы, направленной на прояснение и уточнение диагноза, а также сведений о поведении личности в различных ситуациях: на работе, в домашней обстановке, среди друзей и знакомых, в узком кругу и в большой группе людей. Во всех этих ситуациях врач обращал особое внимание на мимику, жесты, интонации, что совокупно позволяет устано-*

вить соответствие содержания высказываний человека с его настоящими переживаниями. (Ист. Там же). Личностный опросник Г. Шмишека составлен на основе клинического интервью, проводимого К. Леонгардом своим пациентам. Опросник позволяет определить акцентуации характера по следующим параметрам:

1. **Гипертимный тип** отличается активностью, энергичностью, оптимизмом, беззаботностью, многосторонними способностями, при этом он плохо переносит дисциплину, критику в свой адрес, бурно переживает неудачи. Гипертимы склонны к риску, новизне, их тяготит одиночество, они стремятся к лидерству.

2. **Застревающий тип** отличается длительностью переживаний какого-либо чувства, настойчивостью, упрямством, трудностью от переключения с одной проблемы на другую. При этом застревающий тип обладает высоким самомнением, повышенной чувствительностью к несправедливости, недоверчивостью.

3. **Эмотивный тип** отличается тонкостью эмоциональных реакций, пронизательностью, гуманностью, отзывчивостью. Как правило, эмотивный тип не претендует на лидерство.

4. **Педантичный тип** отличается преувеличенной аккуратностью, плохой переключаемостью с одной проблемы на другую, всегда жестко следует плану, при его нарушении испытывает раздражение.

5. **Тревожный тип** отличается ощущением беспокойства, внутренней напряженности, склонен ожидать неприятности. Для данного типа характерны постоянные сомнения в правильности своих поступков и мыслей.

6. **Циклотимный тип** отличается чередованием приподнятого и депрессивного настроения. В период подъема ведут себя как гипертимы, а спада – как дистимы.

7. **Демонстративный тип** отличается эгоцентричностью, жадностью признания, оригинальностью, стремлением произвести эффект. Для него характерна богатая фантазия, лживость, притворство, авантюризм, проявление артистических способностей.

8. **Возбудимый тип** отличается агрессивностью, упрямством, раздражительностью, властностью, требовательностью, неуживчивостью, неудержимостью. Для данного типа характерна повышенная конфликтность, грубость.

9. **Дистимный тип** отличается серьезностью, частой подавленностью настроения, тоскливостью, предчувствием неприятностей. Для этого типа характерны медлительность, слабость волевого усилия, заниженная самооценка.

10. **Экзальтированный тип** отличается склонностью приходить в состояние восторженного возбуждения по незначительному поводу и впадать в отчаяние в результате разочарований. Для этого типа характерны страстность, полярность чувств (любовь и ненависть, восторг и отчаяние), а самая сильная любовь возникает в тех случаях, когда любящий не встречает взаимности. (Ист.: там же).

**Выявление акцентуированных черт характера осуществляется на фоне многогранных аспектов личностного проявления.** Качества индивида и личности ярче раскрываются в совместной деятельности. В исследованиях выявлена связь между особенностями поведения людей, их интересами и акцентуированными чертами характера. Так одна из классификаций определяет следующие типы.

1. **«Непостоянные»** люди: подвижные, периодически меняющие сферу своих интересов и увлечений, прибывающие в хорошем настроении. Для них необязательно получение глубоких знаний и твердых навыков. Неусидчивы, отвлекаются. Вступают в мелкие конфликты с коллегами, порой создают их сами, бурно реагируют на критику и замечания. Новые люди, новая деятельность их привлекает, но, как правило, они не доводят начатое дело до конца. Склонные к переоценке своих способностей и возможностей. Любят риск, стремятся к самостоятельности и независимости. Показатели гипертимности и демонстративности характера выше, чем другие параметры, что свидетельствует о достаточной жизненной активности.

2. **«Усердные»** люди, имеющие длительные и устойчивые интересы и увлечения, граничащие с профессионализмом. Самостоятельные, упрямые. Если есть интересная тема для общения, то хорошие собеседники. Во время откровенных и волнующих бесед

способны сопереживать. У них изменчивое настроение и от него зависят: самочувствие, аппетит, работоспособность, общительность. Высокий уровень эмотивности. Самокритичные. Их отличают такие акцентуированные черты как педантичность, эмотивность, циклотимичность, а тревожность и дистимность не свойственны.

3. «**Зависимые**» люди, которые не имеют устойчивых интересов и увлечений, поэтому легко поддаются влиянию окружающих. Все делают под влиянием группы, общительны, но не со всеми, а только которых знают давно. Любят тихую, спокойную обстановку, работоспособны, старательны. В коллективе им отводится роль «на подхвате». Исполнительны, но инициативы в творчестве не проявляют в силу робости и застенчивости. В общении чувствуется скованность, неуверенность в себе. Больше всего их угнетает сознание собственной неспособности противостоять злу. Порой вызывают раздражение у окружающих и насмешки. Преобладает дистимность, застреваемость, высокая тревожность, низкий уровень гипертимности, демонстративности и экзальтированности.

4. «**Лидеры**» люди, увлечения и интересы которых становятся средством привлечения внимания к себе. Им свойственна жажда самоутверждения. Не могут переносить равнодушия и безразличия к себе, а с целью привлечения внимания могут нарушить дисциплину и порядок. Для них невыносима. Артистичны, эмоциональны. Любят приписывать себе несуществующие достоинства перспектива одиночества. Вводят в заблуждение доверчивых людей. В коллективе выступают с претензией на лидерство, гениальность, исключительность положения. Интуитивно чувствуют настроения в группе и назревающие события. Могут стать первыми выразителями общественного мнения, повести за собой, но оказываются «вожаками на час», так как лишены зрителей, быстро теряют задор. Их увлекает лишь то, что дает покрасоваться перед другими. Самооценка необъективна. Могут не соблюдать дистанцию и проявлять бестактность. Преобладают экзальтированность, возбудимость и демонстративность. (Ист.там же).

Макросреда отражают культуру, традиции, социальные ценности и формирует психически стабильные или нестабильные типы личностей. С акцентуированными характерами связаны проблемы взаимоотношений людей в обществе. Благополучие и затишье межнациональных конфликтов способствуют формированию более устойчивых психологических типов людей, довольных собой и жизнью, терпимых друг к другу, культурных, благочестивых и милосердных. Обстановка нестабильности порождает цепные реакции и провоцирует злость, агрессию, безнравственное отношение к ближнему, апатию. Обострение социальных конфликтов, дефицит и материальные трудности, хаос во всех сферах жизни общества породили высокий уровень психологической нестабильности у многих российских граждан. В настоящем доминируют агрессивные личности с преобладанием отчужденности, витальными потребностями насыщения и комфорта. Ситуация породила и другие личностные типы с повышенной самостоятельностью, гибкостью реагирования на экономическую и политическую обстановку. В характере современника появляются: находчивость, инициатива, предприимчивость, хотя неизбежна и гипертрофия этих качеств как авантюризм, склонность к неоправданному риску, стремление к наживе, рвачество. Непременно появляется и новое поколение решительных, ответственных и творчески мыслящих молодых людей. (Ист. Там же).

*Личности с акцентуациями характера уязвимы к формированию соматических заболеваний. Знание характеристик позволяет врачу успешнее установить контакт с пациентом и сделать оптимальный выбор форм и методов лечения. Клиническому психологу знания акцентуаций характера необходимы для интерпретации данных диагностики и при составлении программ коррекции нарушений психической деятельности пациентов.*

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова



Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия:48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

## МОДУЛЬ 8: ЗАДАЧИ ВЫЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ.

### Тема 8.3. **Дифференцированная психометрия в клинической психодиагностике: методы исследования.**

Психодиагностика, выявляющая патологию психического и личностного функционирования, представляет собой **дифференциальную психометрию** (лат.*differentia-различие* и греч.*psyché-душа+гр.métron-мера*), которая отличается от дифференциальной психологии технологией методического подхода практического измерения личностных свойств и качеств характера исследуемой личности. Психологическая диагностика-это область психологической практики и одно из направлений профессиональной деятельности психолога. Выступает самостоятельным методом практической психологии, который выявляет: индивидуально-личностные особенности, позволяющие адаптироваться или вызывающие дезадаптацию; особенности индивидуально-физиологических реакций организма и индивидуально-психических свойств и качеств характера человека, позволяющие ему организовывать свою жизнь или патологически мешающие этому процессу адаптации. (Ист.: Психологическая диагностика: Уч. пос.-М., 2008).

Современные методы диагностики разделены на две категории: 1) стандартизированные, измерительные методы (методики/тесты); 2) экспертные методы (клинические, проективные и диалоги). Подбор методик, осуществляемый психологом, зависит от целей и задач диагностического исследования. Процедура проведения исследования должна иметь однозначный алгоритм. Обработка и подсчет опираются на стандартизированные нормы и критерии. Тестовые шкалы регулярно проверяются на репрезентативность выборки и достоверность. (Ист.: А.Ф. Бурлачук. Исследование личности в клинической психологии.-Киев,1979).

Для постановки клинико-психологического функционального диагноза (КПФД-гр.*diagnösis-распознание*) в настоящем используются новые комплексные методы диагностики. КПФД раскрывает общую картину психологического здоровья обследуемого: особенности познавательной и эмоционально-волевой сферы; индивидуально-личностные и характерологические особенности и ценностно-смысловые ориентации; механизмы психологической адаптации (копинг-психологические защиты, внутренняя картина болезни, система внутриличностных конфликтов) Интерпретация данных по всем методикам построена в содержательных характеристиках, опирающихся на современные научные концепции. В них понимание целостности личности рассматривается в анализе детерминант(лат.*determinans –определяющий*), образующих систему. (Ист. А.П. Коцюбинский и др. Функциональный диагноз в психиатрии.-М.,2013). В целом, изучение феномена личности осуществляется в процессе развития общества. Системный анализ предусматривает поиск оснований, которые организуют взаимодействие \_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Симуляционное занятие. Деловая игра. **Цель:** Формирование умения/навыка анализа ситуации. **Задача:** Инструктаж. Требования к занятию: Закрепление навыков по изучаемой теме. ]

человека с окружающей средой. При этом каждому времени и эпохе соответствует своё понимание личности. Основанием личностных свойств выступает статус человека в обществе, позволяющий выполнять функции, исполнять роли и добиваться целей, в соответствии с ценностными ориентациями жизни. Отечественная практика диагностики личности традиционно использует содержательные, процессуальные и структурные теории мотивации личности, позволяющие составить представление о жизнедеятельности человека. . (Ист.: Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов Словарь-справочник по психодиагностике.-СПб.,2000)..

Практика отечественной медицинской психологии допускает, что психолог имеет определённую свободу выбора методик при построении схемы исследования. Процедура обследования соответствует научным критериям (*gr. criterion-мерило*) индивидуального подхода к больному. При необходимости психолог обязан оперативно менять стратегию взаимодействия с пациентом, в зависимости от поведения и реакций исследуемого на действия экспериментатора. У *медицинского психолога метод наблюдения остаётся в арсенале первостепенно значимых, в том числе в психодиагностике.* Психолог наблюдает поведение пациента: отношение к процессу тестирования, понимание инструкции, восприятие замечаний и содержание материала тестов, принимает регламент диагностического эксперимента, отмечает затруднения испытуемого в выполнении им тестов, его ошибки, реакцию на помощь экспериментатора и собственную оценку пациента на успешность/не успешность выполнения заданий. *Наблюдения психолога становятся дополнением к интерпретации результатов диагностического обследования пациента.* (Ист.: там же).

**Задачи**, решаемые медицинским (клиническим) психологом в диагностическом исследовании, раскрывают перспективу выздоровления пациента: 1)изучение медицинской документации, отражающей историю болезни и лечение пациента; 2)мотивация пациента на диагностическое обследование; 3)наблюдение за пациентом и достоверное протоколирование нервно-психических реакций поведения пациента и особенностей его работоспособности в процессе диагностического исследования; 4)анализ особенностей нарушения здоровья пациента; 5)определение условий реадaptации и восстановления здоровья. (Ист.: там же).

*Определение и дифференциация нарушений, выявленных у обследуемого, осуществляется по результатам диагностики, где анализируются биографические данные, подкреплённые наблюдением поведения и проявления личностных характеристик и в сравнении с нормой психосоциальной адаптации*

Однако **психодиагностика в любой сфере деятельности психолога построена на его субъективной оценке результатов исследования.** Здесь психолог руководствуется теоретическими и методологическими положениями научной психологии и профессиональной требовательностью к регламенту диагностического эксперимента. *Психодиагностика в руках медицинского психолога служит одновременно методом и средством исследования значимых отклонений от общепризнанных стандартных норм личностного развития человека и для определения тяжести патологических процессов психической деятельности пациента. **Конечная цель психологической операции обследования заключается в постановке психологического диагноза способствующего лечению пациента и указывающего путь его реадaptации в соционормативную среду жизнедеятельности.*** (Ист.: там же).

Программы психокоррекции составляются на основе предварительной психодиагностики и постановки психологического диагноза. А.С. Выготский



установил три ступени психологического диагноза. **Симптоматический** (эмпирический) **диагноз**, который может ограничиваться только констатацией определенных психических особенностей или симптомов, по которым затем делается практический вывод. Основным методом постановки симптоматического диагноза остаётся наблюдение за поведением, дополненное несколькими тестовыми исследованиями. Тип диагноза считается предварительным. Его описание в основном раскрывает общую картину нарушений, если таковые имеются. **Этиологический диагноз** учитывает наличие определенных психических особенностей (симптомов) и причины их возникновения. Анализ опирается на концептуальные проблемы личностного функционирования. Чаще используется для экстренной коррекции. **Типологический диагноз** (высший уровень) заключается в определении места и значения полученных результатов в среднестатистическом ряду нормы, а также в целостной картине адаптации / дезадаптации личности. Диагноз неразрывно связан с прогнозом, который строится на умении понимать внутреннюю логику развития психического феномена. Прогноз требует умения видеть и соединять воедино прошлое, настоящее и будущее. Каждый тип диагноза может стать базовой основой содержания психологической коррекции. (Ист.: <https://infopedia.su/2xd25.html>).

В каждом профильном учреждении здравоохранения осуществляется специализированная медицинская помощь, поэтому психолог обязан быть компетентным по нозологическому профилю заболеваний медучреждения, в котором работает, а содержание психодиагностического исследования соотносить с целями лечебного учреждения. В психологической практике сложились виды психодиагностики: 1) **Клинико-нозологическая психодиагностика** (для уточнения медицинского клинического диагноза); 2) **Топическая психологическая диагностика** (на основе синдромального анализа осуществляется постановка нейропсихологического диагноза в клинике локальных поражений и патологии мозга); 3) **Личностная психодиагностика** (для выявления индивидуально-личностных особенностей развития; для диагностирования нарушений и/или психологических проблем роста и развития личности; для выявления особенностей психической деятельности человека или её патологии и нарушений адаптации); 4) **Функциональная психодиагностика** (применяется для решения локальных задач, связанных с оценкой психического состояния, то есть определения уровня и качества отдельных психических функций, например, внимания, памяти, мышления и т.п.); 5) **Психодиагностика уровня психического и умственного развития** детей и подростков в этиологии аномального развития (для постановки психологического диагноза и определения способов компенсации в «зоне ближайшего развития» ребёнка); 6) **Инструментальная психодиагностика** в целях психологической коррекции (для отслеживания результатов технологического процесса и/или других задач. Наиболее внедрёнными оказались три направления психодиагностики: инструментальное, экспертное и лечебно-прикладное психологическое исследование, которые утвердились в клинической практике работы медицинских психологов в большинстве медицинских учреждений. **Инструментальная форма психодиагностики** имеет целью выявить, как функционируют отдельные компоненты психики или нервной системы пациента, например, особенности внимания, процесс мышления, эмоциональные реакции или уровень интеллекта. Патодиагностика и нейродиагностика служат инструментом для уточнения медицинского психиатрического или неврологического диагноза, выставяемого врачом. (Ист.: Психологическая диагностика: Уч. пособие-М., 2008).

Инструментальная форма психологической диагностики является дополнением к первичному или уточняющему медицинскому диагнозу. Набор методик психолог определяет самостоятельно, пользуется готовыми алгоритмами и рекомендациями, заимствованными из специальной литературы.

**Экспертная диагностика** проводится службами психолого-медико-социальной экспертизы для целей этих учреждений.

**Лечебно-прикладная форма психодиагностики** проводится для оценки психологического и социального потенциала больного как комплексная психодиагностика интеллектуальной, эмоционально-волевой и социальной, то есть личностной сферы жизнедеятельности пациента, на основе системного и динамического подходов и количественно-качественного анализа полученных результатов. Некоторые методологические ориентиры, созданные в экспертной психодиагностике, вполне обоснованно заимствуются для прикладных целей. Например, **запрос врача**: «определить характер девиации больного с диагнозом...». Такое психологическое обследование позволяет выявить психический, неврологический, социальный статусы больного и уровень интеллектуальной способности испытуемого к реадaptации. В алгоритме обследования медицинский психолог фактически составляет карту нарушения психического и социального здоровья пациента. Выявленные психодиагностикой закономерности позволяют специалистам проложить оптимальный маршрут психосоциальной реабилитации пациента. В обследовании психолог решает одновременно общие и частные задачи: 1) выявление структуры дефекта (неврологического, психического, социального) в нарушении здоровья; 2) оценка выраженности нарушений психической деятельности; 3) выявление сохранных компонентов психики и возможности включения компенсаторных механизмов; 4) оценка степени обучаемости (когнитивной способности и приобретения навыков) и возможности осуществлять основные виды жизнедеятельности, включая профессиональную работу; 5) формулирование рекомендаций и перечень основных видов реабилитации. Разрешение этих задач определяет достижение конкретной цели запроса диагностики. (Ист.: Психологическая диагностика: Уч. пос.-М., 2008).

Клинический диагностический алгоритм-это обобщённая схема, представляющая пошаговые действия психолога-диагноста в раскрытии уровня сохранности или нарушений психических функций и личностных процессов адаптации/дезадаптации пациента: анамнез (анализ биографических данных); дифференциальная патопсихологическая диагностика (тестирование) психологического статуса пациента; заключение-вывод (или постановка клинкопсихологического функционального диагноза-КПФД) о состоянии больного и особенностях его психологического статуса. (Ист. В.И. Крылов Клиническая диагностика психических и поведенческих расстройств: семиотический и логический аспекты. /Психиатрия и психофармакотерапия. Том 17, №3., 2015).

Данные трёх основных блоков личностной интеграции, отражённые в КПФД, позволяют сделать всестороннюю оценку функционального состояния: биологическая адаптация (динамика психического состояния), психологическая адаптация (особенности приспособительного поведения и качество жизни); социальная адаптация (функционирования в различных сферах жизнедеятельности). В комплексной дифференциальной психодиагностике и непосредственно в заключении психолог раскрывает пути реадaptации/ ресоциализации пациента, и формулирует конкретные рекомендации психологического характера.

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова.

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

## МОДУЛЬ 8: ЗАДАЧИ ВЫЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ.

### **Тема 8.4: Актуальные проблемы в постановке психологического диагноза и составлении заключения.**

В методологии клинической психологии остаётся проблема соотношения медицинского и психологического диагнозов в процессе изучения и исследования личности пациента. В медицинском диагнозе основанием выступают симптомы, связанные в типичные синдромы (*gr. syndrome - скопление*) патофизиологических механизмов. При постановке медицинского диагноза не возникает необходимость уточнять, что вызвало то или иное расстройство, так как многие синдромы, представленные в специальных классификаторах, содержат готовые характеристики. Клинический психологический диагноз – это состояние личности, определяющее индивидуально-психологические отличия человека в норме и патологии, а механизмы патологии не имеет своих стандартных классификаций. Поэтому содержание психологического диагноза полностью зависит от профессионального мастерства психолога. По Рейковскому (1966), цель психологического диагноза не только выявление источников патологии, но и зон эффективного реагирования. Автор указывал на четыре составляющих компонента: 1) *определить деятельность и поведение* (в анализе отношений субъекта к деятельности, окружающим и себе); 2) *определить психические процессы регуляции деятельности* (инструментальные процессы регуляции: адекватность восприятия, способность осмыслить явления, формирование понятий; интеллектуальные способности: эффективность планирования и способность принятия решений); исполнительские процессы регуляции: психомоторные и вербальные реакции; процессы отношений (эмоциональные: сила, длительность, содержание воздействий); мотивационные процессы (оценка видов и интенсивности мотивов, побуждающих индивида к действию); 3) *определить протекание психических механизмов регуляции деятельности* на основе нервных связей (динамические стереотипы, вырабатываемые в течение жизни, включающие операциональные системы усвоения знаний, навыков, умений, а также индивидуально-личностные темпоритмические проявления); 4) *определить генезис механизмов регуляции и формирования психики, а также условия воспитания личности*. (Ист.: Л.Ф. Бурлачук. Психодиагностика.-СПб.,2002). Отсюда формулировка психологического диагноза напрямую связана с конкретным предметом индивидуально-психологических различий в норме и патологии (аномалии) личностного развития. А.С. Выготский отмечал, что непросто определить место психологических особенностей и причины отклонения. На первых этапах приходится ограничиться констатацией (*lat.constant - известно*) определённых симптомов *gr. sýmptōta - совпадение*), т.е. признаков. Этот тип называют **симптомати** - \_\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Симуляционное занятие. Кейс-стади: контекстные задачи, упражнения. **Цель:** Знакомство с готовыми образцами действий. **Задача:** Развитие умений. Требование к занятию: Отработка действий. ]

**ческий диагноз**, например: «...мыслительные процессы снижены, наблюдается отставание умственных операций обобщения; словарный запас ниже средней нормы 7-летнего возраста развития. Однако речь относительно грамотная, хотя фразовое построение несколько обеднённое. Психические реакции ребёнка близки к адекватным, но аффективная сфера преобладает над волевым контролем. Неусидчивый, и со слов учителя, бывает импульсивным.»

**Этиологический диагноз** (*гр. aitia-причина, источник*) определяет причину явления. Для постановки необходимо изучить симптоматику, а затем в анализе соотнести её с имеющимися концепциями (теориями). Например, интерпретация результатов применения теста Кеттелл 16РФ: «...личность ведёт себя безрассудно и часто погружается в ситуации необременительного времяпровождения: основную часть жизни чувствует себя беззаботно; имеет выраженные эгоистические интересы с гедонистическими наклонностями... Возможно, такая личность имела в детстве много запретов, ограничений и угроз, которые не компенсировались другими разрешениями, поэтому выработала принцип – «авось, пронесёт!». Кроме того, личность демонстрирует в поведении некий «ген риска», когда любое импульсивное желание спешит осуществить, не задумываясь о последствиях. Обычно такое положение складывается при наличии противоречивого воспитания, где чаще отражается остаточный принцип – «воспитываю, когда есть время!». Одновременно такой ребёнок остаётся длительно эмоциональной привязанным к родителям (чаще к матери), поэтому не произошло психологического отделения (сепарации) жизненного опыта и перехода к самостоятельности. Однако, налицо истерическое поведение, где эмансипация (*лат. emancipatio-освобождение от зависимости; в значении борьба за равноправие*) носит больше показной, чем истинный характер. Сама личность в глубине вовсе не жаждет обретения духовной свободы, поскольку не спешит брать ответственность за свои поступки, а по-детски, и вполне умышленно перекаладывает ответственность за свои действия на плечи родителей...». **Психологический диагноз**: «кризис подросткового возраста; сепарация от материнского объекта с заместительной реакцией псевдоэмансипации». О сепарации, автономности и механизмах идентификации в психоаналитической трактовке теории объектных отношений писали Анна Фрейд (1895-1982), Мелани Клейн (1882-1960), Э. Эриксон (1902-1994), разрабатывавшие концепции жизненной компетентности в кризисах личностного развития, (Ист.: Л.Ф. Бурлачук. Психодиагностика.-СПб.,2002)

Самым полноценным и объёмно информативным становится **типологический диагноз** (*гр. týpoζ-отпечаток, образец*), где перечисляются не только симптомы и возможные причины психических проявлений, но делается вывод, обнаруживающий общую закономерность адаптации, а именно, какое место занимает личность в системе межличностных отношений и личностное «Я» в динамической картине мира. Обычно используется классификация характеров К. Леонгарда, А. Личко или другие. Такой диагноз указывает на статус (*лат. status- положение*) и обнаруживает причину дезадаптации в параметрах жизненных ценностей. Может быть сформулирован в следующих типовых характеристиках, например, «...психоэмоционально-зависимая личность с гедонистическими наклонностями в сторону девиантного поведения.» (Ист.: там же).

Вместе с тем, в научных исследованиях проблема постановки психологического диагноза до сих пор остаётся недостаточно разработанной. По-прежнему, более распространённым по итогам психодиагностики является психологическое заключение, хотя в практике его содержание чаще всего как бы размывает конкретность психологического диагноза. **Психологическое заключение**- это краткая психологическая характеристика актуального состояния на основе

данных объективного квалифицированного психодиагностического исследования. Правил и стандартной формы написания заключения не существует, так как само содержание диагностики не поддается строгой унификации, а видоизменяется в зависимости от цели, например, объективная психологическая структура психопатологического состояния (дифференциальная диагностика); экспертиза эффективности лечебного или учебного процесса (фиксация состояния и возможности исследуемого на момент обследования); определение основных параметров психологической структуры нарушения развития (применительно к детям и учебному процессу) и т.д. Относительно формы диагностического заключения высказываются два мнения, что она не может быть единой, так как не является стандартной процедурой, или, напротив, заключение должно стандартизироваться, вплоть до использования установленных бланков. Особо актуальна форма заключения в связи с групповым тестированием и применением компьютерной обработки данных. **Алгоритм психодиагностического исследования:** основные паспортные данные (*фамилия, имя, отчество, возраст, адрес*); запрос (*основные жалобы исследуемого, родителей, педагогов, родственников*); наиболее важные анамнестические данные; программа диагностики (методы, тесты методики); описание специфики работы испытуемого в диагностической ситуации (*внешность, поведение, отношение к обследованию*); эмоциональное реагирование, общая мотивация; особенности развития различных компонентов когнитивной и эмоционально-личностной сфер, включая межличностные отношения; краткое описание процесса психодиагностики. В конце подытоживает **резюме**, отражающее наиболее значимые данные, полученные в ходе исследования. *В первую очередь, отмечается условное соответствие/несоответствие нормативного уровня актуального развития регуляторной сферы (поведение), познавательной деятельности. Обобщается и оценивается актуальный уровень адаптации/ дезадаптации.* Описание развития **когнитивного звена** традиционно включает характеристику особенностей памяти (мнестическая деятельность, распределение, переключение внимания, инертность и пр. в речи и мышлении. Далее раскрываются наиболее показательные результаты выполнения заданий, направленных на обобщение способностей речемыслительной деятельности, в том числе заданий вербального и перцептивно-действенного характера (наглядно-действенного, наглядно-образного, абстрактно-логического и конструктивного плана), их результативность по сравнению с качественными условно нормативными показателями. В рамки описания входят **состояния аффективно-эмоциональной сферы** и **личностные характеристики**, включая межличностные отношения. (Ист.:там же)

Одним из главных принципов трактовки результатов диагностики является безоценочность, с точки зрения однозначности «хороших» или «плохих» качеств. Каждое качество рассматривается во взаимодействии личностных свойств, которые способствуют адаптации или выступают препятствием нормальной адаптации.

**Обычно в схеме написания краткого заключения выделяют четыре звена:** 1) краткое описание жалоб на состояние умственной работоспособности, памяти, внимания; 2) фиксируется работа испытуемого в процессе исследования (понимание смысла исследования, как выполнялось задание, интерес к результатам); 3) описывается характер познавательной деятельности, выявленные центральные нарушения (психологический синдром нарушений); сохранные стороны психической деятельности; 4) определяется предполагаемый диагноз или делается указание на отсутствие подозрений о нарушениях.

«Больной Т., 16 лет, ученик 9 класса средней школы. Направлен в больницу им. П.Б. Ганнушкина для прохождения экспертизы. Дифференциальный диагноз: остаточные явления органического поражения ЦНС с эпиосиндромом или шизофрения. Больной жалоб не предъявляет. В беседе вялый, формальный. Выполнял предложенные задания без должного интереса. Не обнаружил эмоциональные реакции на успех, не успех в работе. Легко и быстро усваивал инструкцию. Больному доступны все мыслительные операции. Достаточно высокий уровень обобщения. Вместе с тем, при выполнении экспериментального задания наблюдались периоды, когда больной как бы «перестает думать» (сидел молча, прекратив выполнять задание). Требовалось вмешательство экспериментатора, чтобы вернуть испытуемого к прерванной деятельности. Наблюдались также нечеткие, расплывчатые суждения (по типу соскальзывания). Исследование не обнаружило обстоятельства суждений или склонности к конкретно-ситуативным решениям. Память и внимание в пределах нормы, утомляемость не отмечается. Таким образом, при исследовании выявлены, редкие возникающие и слабо выраженные, нарушения мышления (по типу соскальзывания)». (Ист.: О.В. Бойко. Охрана психического здоровья. - М., 2004).

Другой расширенный вариант написания заключения носит характер частичного совмещения протокола экспериментального исследования с обобщающими характеристиками подведения итогов. «Больной А., 28 лет, по специальности техник. Диагноз: органическое поражение ЦНС неясного генеза (?), опухоль мозга (?). Больной вял, пассивен на протяжении всего исследования. Речь монотонная, голос не модулирован. Задаваемые вопросы понимает медленно, с трудом. Ответы не всегда в плане поставленного вопроса. Жалобы носят расплывчатый характер: «Что-то происходит с головой, а вот что... это... как-то...» Инструкции к заданиям понимает с большим трудом, более сложные инструкции больному вообще недоступны. Усвоение правил работы возможно только при искусственном расчленении действия на более простые операции. Интеллектуальные возможности резко снижены, недоступно большинство предложенных заданий. Суждения носят конкретно-ситуационный характер. Процесс опосредования недоступен вследствие грубого снижения операций обобщения и абстрагирования, а также из-за нарушения целенаправленности мышления. Отмечаются инертные «застревания» больного на отдельных действиях, трудности переключения на новые действия. При проведении локальных проб: затруднено повторение ритмических структур, как звуковых, так и графических; затруднения в начертании букв при письме; нарушение слитности букв при письме; выявляются нарушения конструктивной деятельности; отношений «под», «над» почти полная утеря способности к воспроизведению фигур по образцу; затруднения при ориентировании в схеме числа, при выполнении простых счетных операций; выявились грубые нарушения зрительно-моторной координации (больше слева); наблюдается снижение памяти. Непосредственное воспроизведение материала – 6, 6, 5, 7 слов из 10. Отсроченное воспроизведение подменяется множественными контаминациями. Нарушена ориентировка во времени, частично – в пространстве. Наблюдается резкая истощаемость больного, носящая пароксизмальный, пульсирующий характер. Степень утомления столь велика, колебаниях тонуса сознания. (Во время выполнения задания больной может задремать.) Особо следует отметить значительное снижение критичности больного, как к своему состоянию, так и к результатам исследования в целом. Таким образом, исследование выявило грубое снижение интеллектуальных возможностей больного, резкое снижение активности и критичности, грубые комплексные нарушения памяти в сочетании с выраженными колебаниями тонуса сознания. Кроме того, отмечается целый комплекс нарушений психических функций».

Больной после целого ряда клинических исследований (с учетом патопсихологических исследований) был переведен в Институт нейрохирургии с диагнозом опухоль мозга». (Ист.: В.В. Николаева, Е.Т. Соколова. Рекомендации к составлению психологических заключений. - М., 2008).

\_\_\_\_\_ **Составитель материала:** преподаватель А.Д. Набатникова



Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

**МОДУЛЬ 9: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.**

**Тема 9.3. Метод психокоррекции в клинической практике.**

Психологическая коррекция, психотерапия, психологический тренинг до настоящего времени в литературе отождествляют меж собой. В каждом из этих методов, которые одновременно могут выступать формой работы с клиентом/пациентом, используются одинаковые процедуры и требования к клиенту/пациенту, а помощь оказывается в результате специфического взаимодействия. Особенно схожее вмешательство в психотерапии и психокоррекции. (Источник: О.Н. Истратова, Т.В. Эксакуто. Справочник по групповой психокоррекции. Ростов-на-Дону, 2006). Однако психокоррекция обладает и собственными особенностями, позволяющими формировать технологию. Под психокоррекцией (*гр. ψυχή-душа+correctus-исправление*) понимают систему мероприятий и комплекс психологического воздействия, направленные на исправление недостатков психологических особенностей личности и поведения. (Ист. А.А. Осипова. Общая психокоррекция.-М.,2000). Выделяют два вида: симптоматическая (*гр. σύμπτωμα - совпадение*) и каузальная (*гр. causa-причина*) психокоррекции. По содержанию различают коррекции: познавательной, эмоционально-волевой и поведенческой сфер деятельности; личностных свойств; межличностных отношений; внутригруппового взаимодействия (общения); внутригрупповых взаимоотношений (семейная; учебная группа; микроклимат производственной группы); родительско-детских отношений. По форме проводят индивидуальные и групповые психокоррекции, а по времени короткие и длительные. **При этом единые стратегические цели-задачи: самопознание; отношение к себе; саморегуляция.** (Источник: О.Н. Истратова, Т.В. Эксакуто. Справочник по групповой психокоррекции. Ростов-на-Дону, 2006).

Психокоррекционные группы имеют специфические черты организации и проведения: 1) открытость, активность, конфиденциальность; 2) психологическая помощь в саморазвитии; 3) периодичность занятий; 4) камерная обстановка и акцент на происходящем «здесь и теперь»; 5) активные методы обучения; 6) вербальная рефлексия; 7) психологическая безопасность общения в группе.

Бывают структурированные и неструктурированные группы. **В групповой динамике взаимодействуют социально-шаблонные, стереотипные роли участников:** 1) **лидер** (импонирует группе); 2) **эксперт** (имеет знания и способности, признаваемые группой); 3) **присоединяющиеся** (участники, следующие за лидером или оппонентом); 4) **аутсайдеры** (*англ. outsider-* не входящий в монополистическое объединение, т.е. вытолкнутый из системы; как неспособный и отстающий от других); 5) **противник** (или оппонент как представитель враждующей группы). **Руководитель группы** (психолог/психотерапевт) **обеспечивает две функции:** решение инструментальных задач; эмоциональная поддержка.

\_\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Симуляционное занятие. Кейс-стади: деловая игра. **Цель:** Повышение компетентности. **Задача:** Совершенствование аналитических навыков. Требование к занятию: Отработка действий. ]



ка членов группы. Технологические нормы групповой коррекции: высокий уровень самораскрытия участников; принятие собственных чувств участниками; выражение конфликтов и привязанностей с разрешением ситуации напряжения; создание искренней обратной связи эмоциональной поддержки. Несмотря на разнообразие взглядов специалистов, общими принципами выступают: 1) «здесь и теперь»; 2) искренность и открытость; 3) Я-высказывание; 4) активность; 5) конфиденциальность; 6) отказ использования «ярлыков»; 7) контроль поведения; 8) ответственность; 9) право использования интимного ограничения - правило «Stop»; 10) толерантность (*лат. tolerantia-терпение*). **Стили руководителя: авторитарный** (определяет и направляет поведение группы; даёт задание; побуждает к действию; руководит дискуссией; обеспечивает выработку совместных решений); **демократичный** (деятельность группы определяется через групповую дискуссию, где вырабатывается совместное решение, устраивающее большинство участников); **попустительский** (отдаёт власть группе; исполняет роль стороннего наблюдателя процесса; беспристрастный комментатор). Генезис (гр. genesis-происхождение) психокоррекционных групп: податливость; идентификация; присвоение фазы динамики развития: а) ориентация и зависимость; б) конфликт интересов; в) развитие и сотрудничество; г) целенаправленная деятельность участников. **Механизмы воздействия в групповой психокоррекции:** а) сообщение информации, внушение надежды; б) универсальность страданий; в) альтруизм участников; г) рекапитуляция первичной семейной группы (*лат. recapitulatio* – как повторение исторических этапов развития сознания человеческого рода); д) развитие техник межличностного общения; е) имитационное поведение; ж) интерперсональное влияние; з) групповая сплочённость; и) катарсис; к) экзистенциальные факторы. По Ялomu, психокоррекционное воздействие: активное участие; эмоциональная поддержка; помощь другим и от других; самопроявление; обратная связь; инсайт (*англ.insight*- озарение, пронизательность); коллективный эмоциональный опыт; проверка и тренинг новых способов поведения; получение новой информации; приобретение социальных навыков. (Источник: там же).

#### **Основные виды психокоррекционных групп для взрослого контингента:**

**Группы встреч:** *Цель: осознание и возможная полная реализация личностного и интеллектуального потенциала.* Базовые принципы: самораскрытие; осознание самого себя; ответственность; внимание к чувствам; «здесь и теперь». Этапы развития группы: установление контакта; построение доверительных отношений; преодоление конфликтов; преодоление сопротивления самораскрытия; сочувствие и поддержка. Базовые техники из разных методов психотерапии, упражнения.

**Психодрама** (Я.Морено), где используется драматическая импровизация для изучения внутреннего мира клиента. *Цели: облегчить клиенту проявление скрытых чувств; обеспечить достижение инсайта; помочь создать новые эффективные формы поведения; раскрыть неизведанные возможности разрешения внутриличностных конфликтов.* Базовые техники: представление самого себя (самопрезентация); исполнение роли; диалог; монолог; дублирование (второе Я); реплика в сторону; обмен ролями; зеркало; проигрывание будущего; идеальный друг.

**Гештальтгруппа** (Ф.Перлз). *Цели: сосредоточенность на настоящем; фигура и фон осознания и противоположность функции защиты; зрелость.* Базовые техники: драматизация; направление поведения; работа с фантазиями, со сно-

видениями, с мечтами. Основные приёмы: расширение осознания; интеграция противоположностей; усиление внимания к чувствам; принятие ответственности.

**Группы телесной терапии** (основатель В.Райх). *Цели:* овладение энергией; снятие «мышечной брони»; чувство «опоры под ногами». Техники: дыхательные и двигательные упражнения; физический контакт мышечного массажа.

**Группы темоцентрированного взаимодействия** (Р.Кон). *Цели:* концентрация внимания на определённой теме, значимой для группы; структурирование событий, происходящих в группе. Техники: темопрживание-научение; перенос-контрперенос; динамический баланс.

**Группы терапии искусством (арттерапия).** *Цели:* гармонизация личности через развитие способности самовыражения и самореализации в творчестве. Техники: спонтанное творчество; сублимация; активное воображение.

**Библиотерапия.** *Цели:* восстановление адаптации с помощью образцов литературы, приобретение опыта адаптации с помощью идентификации с героями произведений. Техники: обсуждения; дискуссии.

**Сказкотерапия.** *Цель:* восстановление адаптации, приобретение опыта адаптации с помощью идентификации с персонажами. Техники: обсуждение; рисование по мотивам; сочинения историй; проигрывание эпизодов; использование притч-наравоучений. (Источник: там же).

**Группы тренинга умений.** Группа социально-психологических тренингов, рассчитанных на развитие компетентности. Тренинг уверенного поведения (ассертивности); Тренинг преодоления конфликтов; Тренинг преодоления одиночества и негативных состояний; Тренинг снятия психоэмоционального напряжения; Тренинг самоутверждения; Тренинг личностного роста и др. (Ист.: там же).

#### **Психокоррекционные группы для детей и подростков**

Психокоррекционная работа с детьми и подростками проводится с учётом возрастных особенностей личностного развития. Основными направлениями коррекции психического развития являются: коррекция отклонений в психическом развитии и профилактика негативных тенденций личностного и интеллектуального развития. **Стратегическая цель:** способствовать полноценному психическому и личностному развитию ребёнка. **Основные цели практической психокоррекции:** оптимизация социальной ситуации развития; развитие видов деятельности ребёнка; формирование возрастно-психологических новообразований. Принципы коррекционной работы с детьми: 1) принцип нормативности на основе учёта возрастно-психологических и индивидуальных особенностей ребёнка; 2) коррекция «сверху вниз» посредством создания зоны ближайшего развития ребёнка; 3) системности коррекционных, профилактических и развивающих задач; 4) единства диагностики и коррекции; 5) приоритетности коррекции каузального типа; 6) деятельностный принцип коррекции; 7) комплексности методов психологического воздействия; 8) принцип активного привлечения ближайшего социального окружения ребёнка к участию в коррекционной программе. Методы коррекции: игротерапия; арттерапия; психогимнастика; метод социальной терапии. Показания к применению групповой психокоррекции детей и подростков: нарушение коммуникации в системе отношений «ребёнок-взрослый» и «ребёнок-сверстник» (утрата взаимопонимания, дезинтеграция ранее сложившихся форм общения); низкий уровень социальных достижений, значительно расходящийся с потенциальным уровнем развития ребёнка; поведение, отклоняющееся от социальных норм и требований; переживание ребёнком состояния эмоционального неблагополучия (эмоциональный стресс, депрессия); наличие экстремальных, кризисных жизненных ситуаций; аномальные кризисы развития, которые в отличие от нормативных возрастных кризи-

сов не связаны с завершением цикла развития, не ограничены во времени, не носят исключительно разрушительный характер, не создавая условий и не содействуя формированию психологических новообразований, знаменующих переход к новому возрастному циклу. Наиболее показательна групповая коррекция при характерологических нарушениях межличностных отношений: неадекватный уровень притязаний; эгоцентризм; неустойчивость самооценки; излишняя застенчивость; скованность и неуверенность в общении; тревожно-мнительные черты характера; фобические реакции и т.п. (Источник: там же).

**Квалификация руководителей групп** (психолог/психотерапевт) должна включать профессиональные знания, навыки, опыт. Руководитель обязан знать: 1) психологию развития, личности и групп, основы психопатологии и психиатрии; 2) основные теории групповой психотерапии (пользоваться понятиями методов психотерапии, следить за новой информацией); 3) основные принципы динамики группового процесса, механизмы воздействия и управления ими; 4) основные задачи на различных этапах развития группы; 5) требования профессиональной этике; 6) свою личность (сильные и слабые стороны, ценности и возможное воздействие на участников группы своей личностью и мировоззрением). **Профессиональные умения руководителя группы:** 1) доступно объяснять, что такое психокоррекция, цели, задачи и средства достижения; 2) оценить пригодность претендентов на участие в группе, которые могут помогать друг другу; 3) выбрать ко-терапевта и эффективно работать с ним; 4) определить потенциальные возможности участников группы и стимулировать к изменениям; 5) быть собственным примером продуктивного участия в работе группы; 6) понимать смысл невербального поведения и точно интерпретировать их реакции; 7) находить психотерапевтические решения в критических ситуациях жизни группы; 8) уметь использовать техники групповой работы; 9) уметь правильно завершать каждое занятие и весь цикл занятий в целом как окончание психокоррекции; 10) уметь самому объективно оценить и помочь участникам в оценке достигнутых результатов в работе психокоррекционной группы. **Специальные навыки:** активное слушание; переформулировка утверждений; объяснение; обобщение; формулирование вопросов; проведение интерпретаций; психотерапевтическое вступление в конфронтацию; отражение чувств участников (*руководитель должен уметь объяснять свои негативные чувства, объектом отрицательных чувств руководителя должно быть поведение участников, а не их личностные свойства, руководитель не должен искать поддержки своим отрицательным чувствам по отношению к участнику группы*); оказания поддержки; эмпатии; фасилитации; реагирования (обратная связь); информирования; самораскрытия; моделирования; использования пауз молчания; эмоционального завершения работы группы; понимание невербального поведения; понимания процессов, происходящих в группе (перенос: эксперт, авторитет, сверхчеловек, друг, возлюбленный) и контрперенос (потребность в постоянной поддержке и одобрении, идентификация с проблемами участников, влюблённость терапевта и сексуальные чувства по отношению к участникам, навязывание советов, желание поддерживать отношения с участниками группы за её пределами).

В настоящее время в системе восстановительного лечения различных заболеваний широко используется психологическая коррекция. В медицине она может быть направлена на решения задач, сопровождающих лечение, профилактику заболеваний и реабилитацию восстановления функций и адаптации в целом. Психологическая коррекция предполагает целенаправленное психологическое воздействие для приведения психического состояния клиента/пациента к норме в случае диагностики у него характерологических девиаций, личностных аномалий или же для освоения какой-либо деятельности.

(Источник: О.Н. Истратова, Т.В. Эксакусто. Справочник по групповой психокоррекции. Ростов-на-Дону, 2006).

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова.

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

**МОДУЛЬ 9: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.**

**Тема 9.2. Методы в технологии психологического консультирования**

**К базовым методам консультирования относят:** *наблюдение, беседу, интервью, эмпатическое и активное слушание.* Кроме базовых методов психологи используют еще и специальные методы, возникшие вследствие влияния отдельных психологических школ, основывающихся на определенной методологии и конкретной теории личности.

**Наблюдением** называется целенаправленное, преднамеренное, систематическое восприятие явлений психики, направленное на изучение их изменений вследствие влияния определенных условий и нахождение смысла таких явлений, если он не известен. Консультант-психолог должен обладать умением наблюдать за вербальным поведением и невербальными проявлениями клиента. Основой для понимания несловесного поведенческого реагирования является знание различных вариантов невербальной речи.

**Профессиональная беседа** состоит из многообразия техник и приемов, применяемых для достижения соответствующего результата. Огромную роль выполняют техники ведения диалога, стимулирования высказываний, одобрения суждений клиента, краткость и четкость речи консультанта и пр.

Функции и задачи беседы в консультировании заключаются в сборе информации о состоянии психики субъекта, установлении с ним контакта. Кроме того, беседа нередко обладает психотерапевтическим эффектом и способствует снижению тревожности клиента. Консультативная беседа является средством выхода на проблемы, волнующие клиента, служит фоном и сопровождает все психотехники. Беседа может нести четкий структурированный характер, происходить по заранее намеченной стратегии или программе. В этом случае беседа будет считаться методом интервью, которое бывает: стандартизированным, частично стандартизированным, свободно управляемым диагностическим, базирующимся на стойкой стратегии и абсолютно свободной тактике, зависящей от специфики клиента.

**Эмпатическим слушанием** именуется вид слушания, суть которого лежит в точном воспроизведении чувств собеседника. Такой вид слушания предполагает уход от оценивания, осуждения, избегание толкования скрытых мотивов поведения собеседника. При этом необходимо демонстрировать точное отражение переживания, эмоции клиента, понимать их и принимать.

**Активное слушание** способствует более точному и правильному пониманию собеседниками друг друга, что позволяет выстроить атмосферу доверия и эмоциональной поддержки. Кроме того, активное слушание помогает расширить

\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Симуляционное занятие. Кейс-стади: деловая игра. **Цель:** Освоение метода моделирования консультирования. **Задача:** Совершенствование аналитических навыков. **Требование к занятию:** Отработка действий. ]

осознания проблемы субъектом. В психологическом консультировании этот метод является обязательным.

Психологическое консультирование детей и родителей имеет отличия в используемых методах. Поскольку для детей все вышеприведенные методы должны быть адаптированы соответственно степени зрелости малышей и модифицированы. Так как у детей, зачастую, поведенческие проявления являются основным средством выражения чувств, то успех консультанта зависит от его умения наблюдать, понимать и способности интерпретировать действия крохи.

### **Технология психологического консультирования**

Специфические приемы, которые консультант применяет на каждом этапе процедуры консультирования и в рамках этих этапов, называются техниками консультирования. Они бывают универсальными, успешно применяемыми на любом этапе консультирования, и специфическими, которые наиболее подходят для отдельного этапа процесса. Техники следует рассматривать в соответствии с этапами модели психологического консультирования.

Первый этап: начало и первая процедура знаменуется встречей субъекта с консультантом. *К техникам, применимым для решения этой задачи, относят: приветствие индивида, проведение его на место, выбор индивидом своего места в помещении, выбор консультантом места для себя, методы установления психологического контакта.* Приветственные техники осуществляются через стандартные фразы, например: «Приятно познакомиться», «Рад вас видеть». Техника «проведение потенциального клиента на место» уместна при первичном посещении субъектом консультации. Выглядит она следующим образом: консультант идет впереди индивида, указывает ему путь и пропускает при входе в рабочий кабинет вперед себя. Второй процедурой этого этапа является установление положительного настроения клиента. Главной техникой здесь будет установление раппорта. Установить его можно всем, что способно произвести благоприятное впечатление: опрятный вид, соблюдение зоны общения, доброжелательное выражение лица. В психологическом консультировании для этого используются как активные, так и пассивные методы. К пассивным методам относится приятный внешний вид консультанта, кабинета, доброжелательное выражение лица, соблюдение этикета и зоны общения. Активные методы означают непосредственное подбадривание или иное позитивное воздействие на клиента при помощи слов или действий. Третья процедура – это освобождение от психологических барьеров. Для клиента вполне естественным является ощущать волнение перед первым посещением психолога, и сквозь это волнение не всегда могут пройти истинные мысли и чувства клиента. Чтобы снять психологические барьеры, может понадобиться не один сеанс. Однако облегчить этот процесс можно при помощи свободной беседы, располагающей музыки и других приемов.

Второй этап: сбор информации. Первая процедура охватывает диагностику личности клиента, в рамках которой применяются следующие методы: наблюдение, беседа, интервью. Наблюдение происходит в пассивном режиме на протяжении всего сеанса общения. Консультант отмечает особенности поведения, жестикуляции, разговора клиента. Беседа течет в свободном режиме и позволяет настроить клиента на «говорение», на свободное высказывание своих мыслей. Интервью отличается от беседы тем, что консультант практически не занимает в нем активной позиции, а только лишь задает вопросы. Кроме того, в отличие от свободно текущей беседы, вопросы в интервью составлены целенаправленно и должны подводить разговор к определенной мысли.

Прояснение сути проблемы производится при помощи двух техник-диалога и активного слушания. Во время диалога консультант активно подводит клиента к раскрытию его глубинных переживаний. Если же клиент уже морально готов и сам рассказывает о том, что его беспокоит, применяется техника активного слушания. В ее ходе психолог, не перебивая, слушает клиента, показывая ему, что он включен в разговор, кивая, перефразируя и задавая уточняющие вопросы. Активизация памяти клиента – третья процедура. Используемые техники: помощь в формулировании высказываний и определении подлинных чувств, психологическая поддержка субъекта, провоцирование клиента, насыщение пауз. С целью оказания субъекту помощи в определении настоящих чувств и их обращении в словесную форму применяют методы активного слушания. Техника «насыщение паузы» предполагает использование консультантом пауз. Он может их наполнить вопросом или метафорой либо «держат паузу». На выставлении слов клиента под сомнение основывается техника «провоцирование». Ее цель заключается в помощи субъекту посмотреть с иного бока на сложную ситуацию.

Этап третий: составление стратегии. Его можно условно разделить на три ступени, каждая из которых подразумевает применение особых техник: совет, информирование индивида, убеждение и разъяснение. Техника «совет» предполагает выдвижение мнения консультантом и дальнейшую совместную дискуссию. Следует отметить, что «совет» следует понимать условно, так как клиент не должен принимать данную психологом рекомендацию на веру. Она должна подробно обсуждаться в ходе совместной дискуссии, в результате чего клиент должен выдвинуть свой вариант решения ситуации.

Техника «информирование» говорит за себя. Немаловажно, чтобы информация, сообщаемая консультантом, соответствовала таким требованиям, как объективность, доступность, конкретность. Техника «убеждение» состоит в логически изложенной аргументации, доказывающей правильность высказываемого суждения. Техника «разъяснение» под собой подразумевает развернутое и конкретное разъяснение суждения консультанта в отношении проблемы клиента. Вторая процедура – это координирование плана действий. Применимые техники: нахождение множественных решений, конкретизация ожидаемого результата, стимулирующие вопросы, установление алгоритма решения. Перед выработкой конкретной стратегии, нужно максимально расширить вероятные решения. Для этого превосходно подходит методика Дилтса. Предложить субъекту придумать невероятные способы решения проблемного вопроса. Предположений должно быть не менее двадцати. Определение возможных выходов из проблемной ситуации. С этой целью используются такие техники, как совет, информирование, убеждение и разъяснение. Координирование плана действий. На этом этапе клиенту предстоит совместно с психологом разработать план реализации того варианта, который был подобран на предыдущем этапе. Для этого используются техники поиска множественных решений, конкретизация ожиданий, стимулирующие вопросы и установление последовательности решений. (Источники: <https://psihomed.com/psihologicheskoe-konsultirovanie/>; <https://yandex.ru/turbo?d=1&text=https%3A%2F%2Fpropanika.ru%2Fpsi>

Таким образом, в ходе разрешения психологических трудностей клиента используются различные техники. Не существует универсальной схемы, помогающей справиться с проблемой любому клиенту, поэтому мастерство консультанта во владении широким спектром психологических инструментов и виртуозном подборе необходимых техник в каждой конкретной ситуации.

Широко популярной и эффективной техникой стал метод сократовского диалога. **Сократовский диалог** - это техника ведения диалога, получившая название по имени известного философа Сократа, способствует появлению у пациента логических, обобщающих умозаключений, формируемых психотерапевтом. Вопросы задают так, чтобы, не прибегая к различным формам защиты, клиенты смогли бы объективно идентифицировать свои высказывания, мысли, образы и предположения, уточнить свою проблему, изучить значение событий и оценить последствия своего неправильного поведения.

Основные методы убеждения, используемые в консультативной беседе, представлены в таблице. Каждый из них имеет своё назначение.

<b>Метод убежден.</b>	<b>Описание метода</b>	<b>Функции метода в беседе</b>
<b>интерпретация</b>	Новое видение ситуации на основе теории и опыта психолога. Это основа методов воздействия	альтернативное видение реальности, которое способствует изменению настроения и поведения клиента
<b>директива (указание)</b>	может быть пожелание, указание на действие, хитроумная техника на основе теории	ясно обнажает для клиента желаемое психологом действие, которое должен совершить клиент
<b>Совет (закономерная информация)</b>	Домашнее задание, пожелание, как действовать, думать и. т.д.	выдавать полезную информацию
<b>самораскрытие</b>	психолог делится личным опытом и переживаниями или разделяет нынешние чувства клиента	связан с приёмом обратной связи, построен на "Я предложениях" психолога. Это способствует установлению раппорта.
<b>обратная связь</b>	даёт возможность понять, как воспринимают клиента окружающие или психолога данный клиент	даёт конкретные данные по обучению клиента самовосприятию
<b>логическая последовательность</b>	объясняет клиенту логические последствия его мышления и поведения: "Если, то..."	даёт клиенту точку отсчёта для понимания своих переживаний и действий, позволяет предвидеть результаты действий
<b>Воздействующее резюме</b>	часто используется в конце беседы, чтобы суммировать суждения	проясняет, что оба добились в конце беседы
<b>открытые вопросы</b>	"Кто?-факты; "Как?-чувства; "Почему?-причина; "Можно ли?-общая картина	выяснение основных фактов, облегчающих разговор о проблеме
<b>закрытые вопросы</b>	содержит частицу "ли", отвечает кратко	сокращает длинный монолог
<b>пересказ</b>	повторение сущности слов клиента и его мыслей, используя его ключевые слова	активизирует обсуждение, показывает уровень понимания
<b>отражение чувств</b>	обращает внимание на эмоциональное содержание интервью	поясняет эмоциональную подоплёку ключевых фактов, помогает открывать чувства
<b>обобщающее резюме</b>	в сжатом виде повторяются основные факты и чувства клиента	полезно повторять периодически в интервью. Проясняется направление беседы

(Источник: Г.А. Абрамова Практическая психология.- М., 1997)

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова.



Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

**МОДУЛЬ 9: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.**

**Тема 9.4: Терапия судьбоанализом в практике личностной психокоррекции.**

Процесс адаптации взрослого человека проходит этапы удовлетворения базовых личностных потребностей. Частично потребности оказывают самопроизвольное (спонтанное) воздействие на бессознательном уровне психики человека. Это человека, которое признаётся как скомпанованная сила космической энергии Духа, постоянно требует от жизни чего-либо, чтобы удовлетворить свои желания. Поскольку энергия Эго представляет собой дремучий и тёмный пласт человеческой психики, то в случае, когда ему всё дозволено, формируется тяжёлый эгоцентризм человеческой души. (Ист.: Э. Цветков. Психология пророчества. М., 2006)

Функция Души, по мнению философов, состоит в том, чтобы пробудить созидание и сотворение конструкта человеческого бытия. Когда такая функция не осуществляется, то возникает патология (*gr. pathos – страдания*) как психическая деструкция в отношениях личности с окружающим миром и самой собой, что становится предметом коррекции. Одну из практических моделей психотерапии судьбоанализом, предполагающую «душевный расклад» техниками психотерапии, предложил Э. Цветков. Автор выделил ряд приоритетных бытовых ценностей в иерархической последовательности, которые свойственны современникам. Не удовлетворение этих потребностей приводит к стойким негативным состояниям и своеобразному стилю поведения, подрывающему адаптацию. Чаще всего, пребывая в негативном состоянии, субъект ссылается на судьбу. В рабочей схеме выделены четыре группы приоритетных ценностей: 1): потребности биологического обеспечения жизни: Деньги, Вещи, Секс, Еда; 2): потребности социального поддержания жизни: Семья, Работа, Имидж (входят межличностные отношения: дружба, партнёрство, отношения начальник-подчинённый, мужчина-женщина); 3): потребности жизненной проявленности и реализации личностного потенциала: Способности, Нравственность, Интеллект, Мудрость; 4) потребности познания собственной экзистенции жизни: Вера, Талант (Дар Божий), Творчество (Созидание), Индивидуация. (Ист. там же).

Схема может найти применение при составлении психологом экспликации личностной каузальной психокоррекции или симптоматической психокоррекции негативного стиля поведения клиента/пациента.

**Психотерапия судьбоанализом актуальна клиентам/ пациентам, имеющим внутрличностный конфликт и напряжённые межличностные отношения, предпочитающим пассивность или ссылающимися на обстоятельства.**

\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Симуляционное занятие. Лабораторная работа. Самотестирование. **Цель:** Освоение метода моделирования психокоррекции. **Задача:** Освоение техники. Требование к занятию: Отработка действий. ]

**Это проявленность в формировании  
Я-индивидуальности личности**

1-й уровень биологического осуществления потребностей:	
<b>Отождествление ценностей</b>	<b>Распространённые последствия неудовлетворённости потребностей</b>
Деньги (биологические потребности)	Отсутствие, потеря денег. Нищенское существование.
Вещи (биологические потребности)	Скудость имущества. Личностная деградация социальных связей. Социальная незащищённость.
Секс (биологические потребности)	Нарушение функций, или отсутствие возможностей. Половое бессилие.
Еда (биологические потребности)	Нарушение функций или органов пищеварения. Заболевания, нездоровье. Инвалидность. Преждевременная смерть.
2-й уровень потребностей социального поддержания адаптации:	
Семья (социальные потребности)	Проблемы/конфликты, распад эмоциональных связей. Одиночество.
Работа (социальные потребности)	Проблемы, застой/потеря продуктивной деятельности. Бездеятельность. Беспечность. Нетрудоспособность.
Имидж (социальные потребности)	Потеря авторитета, оскорбление. Нас-мешки, ситуации конфуза, т.е. «потеря лица». Деклассированность.
Отношения (социальные потребности)	Ссоры, наветы, предательство, разрушения эмоциональных контактов. Изоляция. Безэмоциональность.
3-й уровень личностной самореализации:	
Способности (социально-интеллектуальная потребность)	Работа «в холостую» и отчаяние. Низко квалифицированный труд. Катастрофичный результат труда. Асоциальность.
Нравственность (социально-интеллектуальная потр.)	Безнравственность. Цинизм. Гордыня, что «Я-образец нравственности». Аморальное поведение.
Интеллект (социально-интеллектуальная потр.)	Психические нарушения, депрессия. Одержимость. Деменция.
Мудрость (социально-интеллектуальная потребность)	Тяжёлые формы психических или соматических расстройств; мучительная смерть. Синдром Спасителя: «Я – избранный» (спасать мир, вершить судьбы, влиять на политику и т.п.).
4-й уровень познания собственной экзистенции:	
Вера (духовная потребность)	Недоверие миру. Угнетение психики. Вероломство.
Талант (Дар Божий) (духовная потребность)	Бездарность. Никчёмность. Суицид.
Творчество (Созидание) (духовная потребность)	Опустошённость. Отшельничество. Апатия.
Индивидуация (духовная потребность)	Психоэмоциональная зависимость. Конформность. Холуйство (холоп/слуга, демонстрирующий полную, безоговорочную преданность руководящему лицу).

(Источник: Э.Цветков. Психология пророчества. М. 2006)

Самопознание переходит в самоосуществление и реализацию духовного воплощения, будучи только на высоком четвёртом уровне измерения актуальных потребностей и их удовлетворения. В нашем случае самопознание клиента/пациента должно стимулироваться психологом.

Психолог в беседе и клиническом интервью вместе может определить, насколько значимыми для клиента/пациента являются те или другие ценности, выявить, какие потребности не удовлетворены, имеется ли что-то из того, что называется последствиями неудовлетворения потребностей.

**Действия, развивающие познание человеком самого себя, начинают формировать его собственную судьбу земной реализации заложенного духовного потенциала.** Изначально человек раскрывает врождённую способность развития собственной души. Таким образом, осуществляется эволюционный процесс индивидуации и трансформации жизненной энергии. *Потребности самоактуализации, личностного роста и развития считаются высокими четвёртого уровня экзистенции, т.е. духовности бытия.* (Ист. там же).

Современная концепция естествознания утверждает, что человек тотально запрограммирован, и является биологическим роботом, а часть его жизни обусловлена генетической заданностью. Частично программы осуществляют свой путь самопроизвольно, на бессознательном уровне психики человека. Однако в семантическом пространстве жизненных смыслов проявляются не готовые рецепты, а только слепки, т.е. очертания (согласно теории голографии проявления реальности Вселенной). Если рассмотреть схему Семантического поля (смыслового поля проявленности Духа): Человек-Сила-Душа-Мысль-Вéдающий, то можно выявить механизмы формирования судьбы. (Источник: В.В. Налимов. Спонтанность самосознания.-М.1989). **Знание механизмов формирования самосознания личности создаёт возможность сделать судьбу подвластной самому человеку:** 1) Эго как субстанция Духа, несущая в себе компоненты психической энергии реализации человека, в случае дальнейшей неразвитости самосознания, порождает эгоцентризм, являющий собой форму дремучей, тяжёлой и тёмной энергии бессознательной части психики (по Юнгу).

2) Сознание подсказывает, что «Я есть человек» равно «Я есть Вéдающий мысль» или «Я есть мыслевéдующий». Значит, Я–это «явиться», т.е. «явление миру». В этом свойстве сознание переходит в самосознание, развивающее Я-индивидуальное личности, формирующееся через мысль и знание («вéды»). Отсюда, кто вéдает тот и ведёт. Самосознание («Я») берёт бразды управления жизнью в свои руки.

3) Важно разграничить «Эго» и «Я», так как они не идентичные структуры. «Эго» находится во власти дремучей энергии. А «Я»- спонтанно, свободно, аутентично, т.е. равное себе, и поэтому естественное в своём проявлении. «Я» – это явление миру человеческой сути (экзистенции) через Слово (Логос, Знание) и предъявление самосознания в поведении человека, демонстрируемого социуму.

4) Душа выступает пробуждением создания конструкции бытия и формирует Я-индивидуальное личности, т.е. уникальный, присущий только конкретному человеку опыт жизненного переживания. В этом процессе определяющее значение имеет эмоциональная сфера личности.

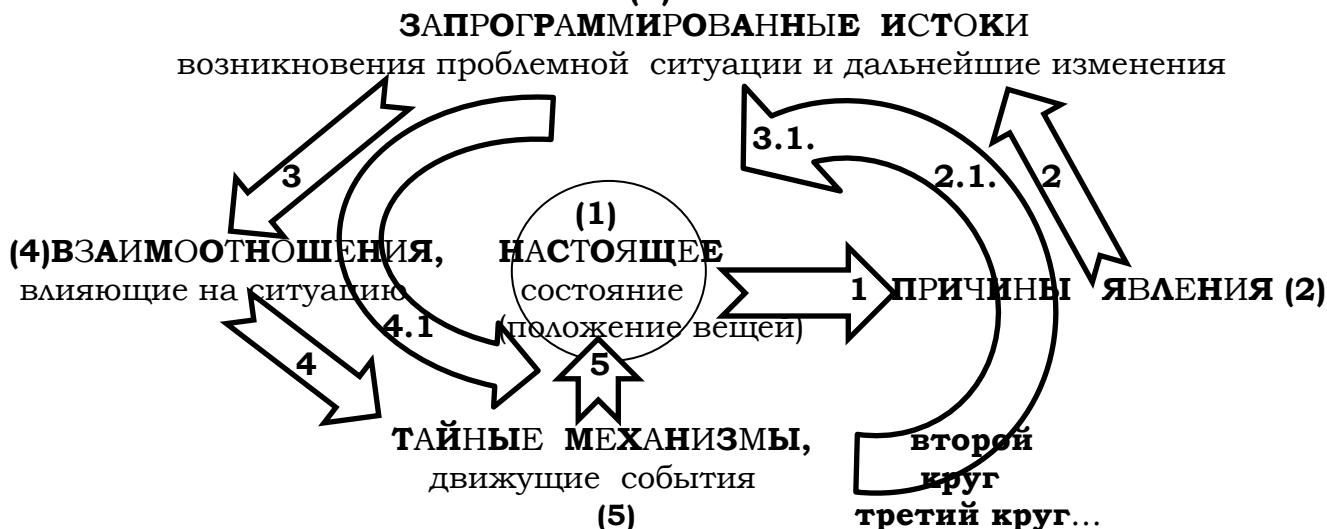
5) Эмоция (*лат. етовео-потрясаю, волную*) переходит в мотив (*лат. товеге приводить в движение, толкать*), хотя и сама является первичной силой, движущей адаптацию. Эмоции человека всегда были определёнными реакциями приспособления к условиям существования и сигнализировали о процессе выживания. Протоязыковая энергия эмоций (звуки) создавала взаимосвязи людей между собой в конкретных ситуациях событийного ряда протекания жизни. (Источники: В.В. Налимов. Спонтанность самосознания.-М.1989; Э. Цветков. Психология пророчества. М. 2006).

В процессе коррекционной сессии психолог может провести упражнение, закрепляющее всё, что совместно обсуждалось о личностном функционировании

нии клиентов/пациентов. Стало востребованным использовать карты Таро (др.египетский- «тар» - дорога + «ро» -Бог Ра, бог Солнца-досл. «путь фараона»; в зн. раскрытие жизненного пути). В интерпретации можно опираться на разработку психотерапевта А.Г. Данилина «Славянское таро» или какую-то другую.

Вариант 1 в раскладе таротерапии:

**«Спираль судьбы», по кругу формирующая жизненный сценарий (3)**



Вариант 2 в раскладе таротерапии:

**«АКТУАЛЬНАЯ КАРТИНА ЛИЧНОСТНОЙ АДАПТАЦИИ/ДЕЗАДАПТАЦИИ»**

2.ПРЕИМУЩЕСТВО	7.ЛЮБОВЬ	11.КАРЬЕРА
3.ВОЗМОЖНОСТИ	8.СЕМЬЯ	12.ОТНОШЕНИЯ
4.ПРЕПЯТСТВИЯ	<b>1.ЛИЧНОСТЬ</b>	
5.ПОТЕНЦИАЛ	9.ТВОРЧЕСТВО	14.НАСТОЯЩЕЕ
6.РЕПУТАЦИЯ	10.ОСОЗНАННОСТЬ	15.БУДУЩЕЕ

Вариант 3 в раскладе таротерапии:

**«СУДЬБА В СВОИХ РУКАХ»**

	Прошлое	Настоящее	Будущее
<b>Т</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>7</b>
<b>Е</b>	Прошлые физические влияния	Текущее физическое состояние	Возможные физические последствия
<b>Л</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>8</b>
<b>О</b>	Прошлые ментальные влияния	Текущие ментальные состояния	Возможные ментальные последствия
<b>Р</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>9</b>
<b>А</b>	Прошлые эмоциональные влияния	Текущие эмоциональные состояния	Возможные эмоциональные последствия
<b>З</b>			
<b>У</b>			
<b>М</b>			
<b>Э</b>			
<b>М</b>			
<b>О</b>			
<b>Ц</b>			
<b>И</b>			

Самопознание развивается через саморефлексию (лат. reflex-отражение) личности. Актуальная значимость темы судьбы в жизни конкретного человека проявляется его эмоциональным мышлением, аффективным состоянием и значимым для субъекта чувством фатальности (лат. fatalis-неизбежность). Поэтому в процессе психокоррекции потребуются пристальное рассмотрение особенностей эмоциональной сферы клиента/пациента, влияющей на самопрограммирование жизни.

\_\_\_\_\_ **Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

МОДУЛЬ 11: ИНТЕГРАТИВНАЯ АНАЛИТИКО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛИЧНОСТНОЙ КОРРЕКЦИИ КЛИЕНТОВ/ПАЦИЕНТОВ.

**Тема 11.2. Практика выбора методов психотерапии в работе врача и медицинского психолога при оказании медико-психологической помощи.**

В самом общем виде знание основ психотерапии важно для каждого работника медицинского учреждения. *Все медработники должны владеть первичными умениями/навыками психологического контакта с больными.* **Врач любой специальности в контакте с пациентом обязан использовать приём психотерапии для решения задач эффективного лечения и профилактики рецидивов.** В развитии профессионального опыта воздействия на больного врачу любой специальности доступно овладеть каким-либо методом психотерапии, что может повысить уровень оказания медицинской помощи и эффективности выздоровления пациента.

В настоящее время в литературе описано несколько тысяч методов, методик, приемов и их вариантов психотерапии. Кроме того, каждый амбициозный психотерапевт вносит свои наработки и определения. Однако наибольшее признание получили три психотерапевтических направления и возникшие на их основе методы: динамическое (психодинамическое, психоаналитическое); бихевиоральное; гуманистическое. Е. Александрович сделал попытку проанализировать многообразие значений, в которых используется понятие метода в психотерапии: 1) *методы психотерапии как конкретные методические приемы и техники* (гипноз, релаксация, беседа, дискуссия, психогимнастика и др.); 2) *методы психотерапии, определяющие условия*, которые способствуют оптимизации достижения психотерапевтических целей (индивидуальная, семейная, групповая психотерапия и др.); 3) *методы психотерапии в значении инструмента психотерапевтического воздействия* (таким инструментом может быть сам психотерапевт, в случае индивидуальной психотерапии или групповой психотерапии); 4) *методы психотерапии в значении терапевтических интервенций (вмешательств)*, рассматриваемых в параметрах стиля (директивный, не директивный) или теоретического подхода, который и определяет характер этих вмешательств (интерпретация, научение, межличностное взаимодействие). Представляется, что собственно понятию «метод» соответствует 1-й уровень - это методы как конкретные техники и приемы; 2-й уровень - отражает виды психотерапии (на основании условий, в которых она протекает); 3-й уровень - формы психотерапии (на основании инструментов психотерапевтических воздействий) и 4-й уровень - это отражает теоретические направления. (Ист.: <https://infopedia.su/17x1d6f>).

Л.Р. Вольберг различает 3 типа психотерапии: 1) *поддерживающая психотерапия*, целью которой является укрепление и поддержка имеющихся у больного \_\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Симуляционное занятие. Кейс-стади: супервизия. **Цель:** Разъяснение формализованных понятий. **Задача:** Инструктаж. Требования к занятию: Усвоение действий. ]

ного защитных сил и выработка новых, лучших способов поведения, позволяющих восстановить душевное равновесие; 2) *переучивающая психотерапия*, целью которой является изменение поведения больного путем поддержки и одобрения положительных форм поведения и неодобрения отрицательных, где пациент должен научиться, лучше использовать имеющиеся у него возможности и способности, однако при этом не ставится цель по-настоящему разрешить неосознаваемые конфликты; 3) *реконструктивная психотерапия*, целью которой является осознание интрапсихических конфликтов, послуживших источником личностных расстройств, и стремление достичь существенных изменений черт характера и восстановления полноценности индивидуального и социального функционирования личности. (Ист.: <https://infopedia.su/17x1d6f.html>).

Для врачей-психотерапевтов и психологов, владеющих психотерапией, доступны к использованию все эти типы. Врачи других специальностей могут ограничиться применением типов поддерживающей и частично переучивающего типа психотерапии.

И. З. Вельвовский и соавт. (1984) классифицируют типы психотерапии на основе психического состояния:

1. Психотерапия в естественном состоянии бодрствования (рассудочно-ассоциативные формы и приемы; эмоционально-питетивные и игровые методы; тренировочно-волевые формы; суггестивные формы).

2. Психотерапия в особых состояниях высших отделов головного мозга (гипноз-отдых по К. К. Платонову; внушение в гипнозе; постгипнотическое внушение; различные формы аутогипноприемов; методы аутогенной тренировки; релаксация по Джекобсону; наркогипноз; гипносуггестия при электросне и др.).

3. Психотерапия вызыванием стресса: а) эмоционально-стрессовая гипнотерапия; б) фармакогипноз; в) физическими агентами (прижигание термокаутером); г) «нападением врасплох», посредством эфирной маски по А. М. Свядоцу, усиленным гиперпноэ по И. З. Вельвовскому и И. М. Гуревичу. (Ист.: <https://infopedia.su/17x1d6f.html>).

Однако такая сложная конструкция представляет больше научные изыскания, чем практическое применение.

Внутри каждого из методов психотерапии существуют десятки, а то и сотни методик, которые, по выражению Шкоды, не столько отличаются оригинальностью, сколько являются «мечтой каждого честолюбивого психотерапевта внести свой вклад в историю психотерапии». *Систематизируют психотерапию по характеру воздействия (прямая/косвенная); по этиопатогенетическому принципу (каузальная/симптоматическая); по цели воздействия (седативная, активизирующая, амнезирующая); по участию в ней больного (мобилизующе-волевая, пассивная); по виду воздействия врача (авторитарная, разъясняющая, обучающая, тренирующая); по источнику воздействия (гетерогенная, аутогенная); по направленности относительно патогенных установок (синергичная переживаниям, антагонистическая, дискуссионная); по тактике врача (выборочная, комбинированная или комплексная); по числу лиц, с которыми работает врач (индивидуальная, коллективная, групповая), и т. д.* (Ист. там же)

Часто более целесообразна комплексная психотерапия, т. е. объединение нескольких методов. С этой позиции, классификация, предложенная М.Е. Литваком, включающая в себя основные методы современной психотерапии, может стать примерным ориентиром. **1. Методы симптоматической психотерапии:** **1. Несуггестивные методы:** а) разъяснительная психотерапия; б) рациональная психотерапия (Дюбуа); в) сократовский диалог (Кречмер). **2. Суггестивные, методы:** а) гипнотерапия; б) ауто-

генная тренировка; в) косвенное внушение; г) самовнушение. **3. Комбинированные методы:** а) Терапия игнорирования; б) пренебрежение симптомом (Bruns); в) субординарно-авторитарные реакции (Stransky). **II. Методы патогенетической и этиологической (лично ориентированной) психотерапии:** **1. Методы, корригирующие задатки личности:** а) первичный крик (Янов); б) второе рождение (Гроф). **2. Методы, развивающие способности личности (Маслоу):** а) актуализация нереализованных способностей; б) творческое самовыражение (Бурно); в) библиотерапия; г) арттерапия; **3. Методы коррекции темперамента:** а) коррекция сензитивности; б) психотерапевтическая косметика. **4. Методы коррекции характера:** а) методы психоаналитических направлений (психоанализ (Фрейд) и коррекция эдипова комплекса; индивидуальная психология (Адлер) и коррекция комплекса неполноценности; гештальттерапия и др.); б) сценарный анализ (Берн); в) коррекция системы отношений личности (Мясищев, Карвасарский); г) сценарное перепрограммирование (М.Е. Литвак). **5. Коррекция направленности:** а) коррекция мотивационной сферы (коррекция защитных мотивов (Обуховский); экзистенциальный анализ (Франкл); аксиологическая модель (М.Е. Литвак)-коррекция малоадаптивных мыслей и желаний (когнитивная терапия); б) коррекция моральных ценностей (Фромм), лечение любовью (эротический анализ) (И.М. Литвак); в) коррекция деятельности (поведенческая терапия; методики групповой психотерапии; психологической айкидо; обучение управлению; обучение публичному выступлению с основами ораторского искусства). **6. Комплексные методы психотерапии:** а) нейролингвистическое программирование; б) позитивная психотерапия в) прочие синтетические методы. (Ист. [https://bookap.info/popular/litvak\\_](https://bookap.info/popular/litvak_))

**В изучении основ психотерапии:** направление психологии; концепция развития нормы; концепция развития невроза; концепция психотерапии можно воспользоваться сокращённым вариантом следующей классификации. **Классификация психотерапии по Александровичу-Вольпе:** 1) по направлению: психоаналитическое, бихевиоральное; когнитивное; экзистенциальное; 2) по виду: симптомо-ориентированная; лично ориентированная; 3) по форме: индивидуальная, семейная, групповая; 4) по инструменту: психолог; семья, группа; среда; 5) по условиям проведения: консультативная; стационарная; амбулаторная; 6) по стилю: директивная; не директивная; 7) по позиции врач/психолог-клиент: отстранённая; на равных; учитель-ученик; 8) по характеру вмешательства: интерпретация; научение; межличностное взаимодействие; 9) по методическим приёмам: беседа; дискуссия; ролевая игра; психодрама; релаксация; гипноз; тренинг и т.д. (Ист. там же).

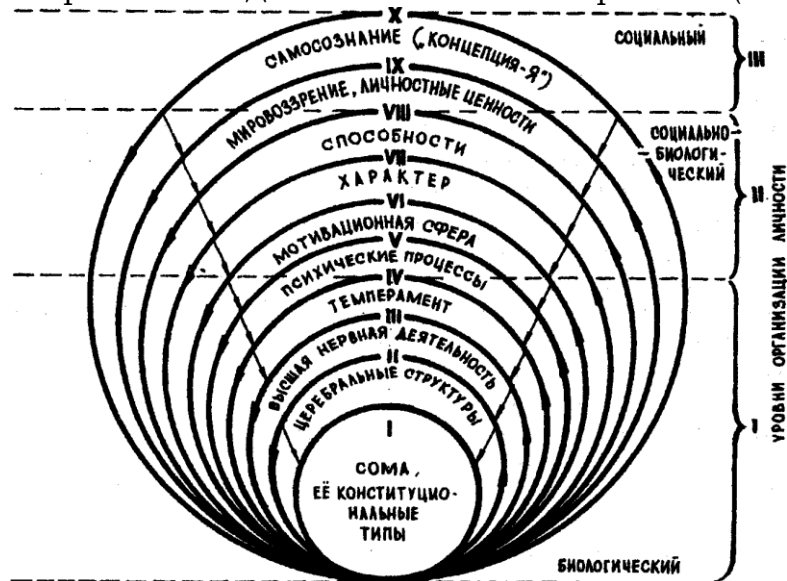
**Для выбора врачом/психологом в практике метода использования психотерапии более подходящей представляется классификация в зависимости от заболевания (Strotzka, 1986):** 1) при острой истерической симптоматике предпочтительна суггестия; 2) при вегетативных нарушениях - аутогенная тренировка; 3) при жизненных трудностях - «разговорная» терапия; 4) при фобиях - поведенческая терапия; 5) при характерологических нарушениях гештальттерапия, психодрама; 6) при расстройствах, связанных с семейными проблемами, - семейная психотерапия; 7) при комплексных расстройствах, с наличием предшествующего предрасположения, - глубинно-психологические методы. (Ист.: <https://infopedia.su/17x1d6f.html>) В то же время наиболее верным для врача и психолога будет выбрать такой метод психотерапии, который подходит, в первую очередь, личностным особенностям самого специалиста. Так лично ориентированная психотерапия Роджерса мало подходит молодому и психологически незрелому специалисту. А классический психоанализ Фрейда и динамическая психотерапия может быть использована только после прохождения собственного психоанализа специалистом. Для использования директивного метода, конечно, специалисту надо иметь собственный «твёрдый характер». А вот поведенческая психотерапия и отдельные методики её терапии, такие как ме-



тодики когнитивной терапии, рациональной терапии, сократовский диалог и др. вполне доступны для начинающих психотерапевтов. (Источник: Справочник практического психолога: Психотерапия/Сост. В.А.Соловьёва.-СПб.,2007).

**Алгоритм освоения психотерапии:** Основные модели психотерапии: медицинская (психотерапия как метод лечения, т.е. воздействие на психосоматическое состояние клиента) и социально-психологическая (психотерапия как метод манипулирования, служащий целями общественного контроля) врач и психолог используют в практике. Классификация метод по Е. Александровичу: 1) методы, имеющие характер «техник» (гипноз, релаксация, психогимнастика и др.); 2) методы, определяющие условия, которые способствуют оптимизации достижения психотерапевтических целей (амбулаторная, стационарная, учебная группа и др.); 3) методы в значении «инструмента», которым пользуется психотерапевт (группа-в групповой, психотерапевт в индивидуальной); методы в значении «интервенций» (вмешательства в параметрах стиля: директивная/не директивная и методические приёмы: беседа, обсуждение, упражнение и т.п.).

Эффективность использования конкретных методов психотерапии во многом зависит от нозологии клиента/пациента. Так в наркологической нозологии приоритетные директивные методы (техники) и суггестивные. А у психических больных востребованной стала терапия творческим самовыражением. Гипертимные дети с удовольствием играют в подвижные групповые тренинги (игры), а тревожные дети любят сказкотерапию. (Ист. там же). Самые частые клиенты



психотерапии имеют личностные расстройства, причём ближе к грубым и резистентным к любым другим видам лечения. Нередко нарциссические и полиморфные, с высокой коморбидностью с другими диагнозами: аффективной патологией; пищевой или алкогольной аддикциями; тревожно-фобическими или шизотипальными расстройствами, что существенно затрудняет дифференциальную диагностику и терапию как медикаментозную, так и психотерапию. В

1989-х годах группа отечественных учёных изучала личностные особенности пациентов при расстройствах широкого спектра, включая аффективную патологию, ипохондрические расстройства, пищевые нарушения и разные формы невротического развития. На основании исследований построена модель структуры пограничной личности, где центральные ядерные нарушения сосредоточены на синдроме нестабильной и недифференцированной самоидентичности, включая телесный уровень, недифференцированности и проницаемости границ отношений Я-Другой, на социально-биологическом уровне. Удалось выделить типологию вторичных компенсаторных образований искажения познавательных процессов и внутриличностных и интерперсональных манипулятивных стратегий психологической защиты на социальном уровне. (Ист. Е.Т.Соколова. Психотерапия: Теория и практика.-Уч.для студ.вузов.-М.,2002).

**Составитель материала:** преподаватель А.Д. Набатникова.

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

**МОДУЛЬ 11: ИНТЕГРАТИВНАЯ АНАЛИТИКО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛИЧНОСТНОЙ КОРРЕКЦИИ КЛИЕНТОВ/ПАЦИЕНТОВ.**

**Тема 11.3: Психотерапия трансактанализа в тренинге личностного роста.**

Структурный анализ Э. Берна заключается в осознании того, в пределах какого состояния «Я» обычно функционирует человек. Это даёт возможность распознать и отделить друг от друга состояния Эго, чтобы затем добиться доминирования Взрослого над Ребёнком и Родителем. Последовательность структурного анализа: выявление Взрослого, освобождение Естественного Ребёнка и Маленького Профессора и знакомство с внутренним Родителем, способствующим или препятствующим адекватной адаптации.

**ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ:**

**Задание 1:** Разделите лист бумаги на три колонки: Родитель, Взрослый, Ребёнок. И впишите ниже перечисленные качества в колонку, к какому состоянию они относятся. *Симпатичность. Пикантность. Крикливость. Важность. Несуразность. Угловатость. Практичность. Естественность. Лабильность. Изящество. Цельность. Яркость. Зрелость. Нетипичность. Адаптивность. Жизнеспособность. Поэтичность. Непослушание. Кокетливость. Непринуждённость. Жеманство. Жертвенность. Обособленность. Хитрость. Лукавство. Мягкость. Жёсткость. Уступчивость. Открытость. Каверзность. Слащавость. Невинность. Делячество. Ответственность. Циничность. Коварство. Нерадивость. Умеренность. Халатность. Торопливость. Пунктуальность. Мелочность. Понятливость. Забывчивость. Эрудированность. Ограниченность. Послушание. Банальность. Робость. Бодрость. Спокойствие. Примиренчество. Душевность. Отчаяние. Требовательность. Приветливость. Смелость.*

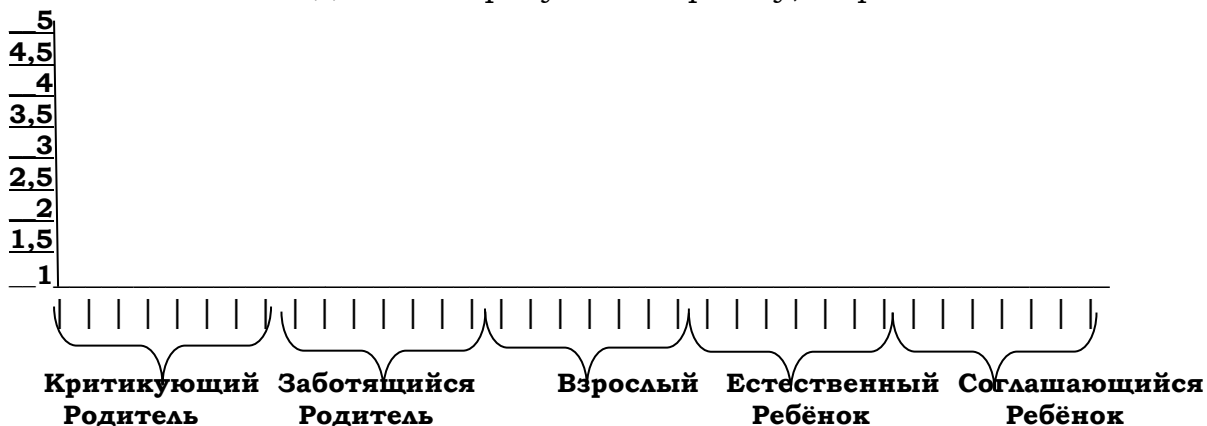
(Источн.: Г.В. Старшенбаум. Тренинг навыков практического психолога: Интеракт.уч-к.-М., 2006)

**Задание 2: «Ребёнок во мне».** Прислушайтесь к своим чувствам и телесным ощущениям. Опознайте преобладающие эмоции вашего Ребёнка. Он весел, энергичен, готов на выдумки? Или чувствует себя отверженным, униженным? Он любит петь, танцевать и дурачиться? Не испытывает ли он в глубине души невыразимую ярость за критику и пренебрежение? Ощущает ли он себя в безопасности? Комфортно или дискомфортно ему? Он чувствует: *Весёлость. Смущение. Грусть. Счастье. Одиночество. Радость. Пренебрежение. Жеманство. Обидчивость. Капризность. Боязливость. Злость. Беспокойство. Плаксивость. Беззаботность. Настороженность. Или другие.* Выразите свои переживания в рисунке. Или поделитесь своими переживаниями, написав письмо. (Ист. там же)

**Задание 3:** Для диагностики структуры Эго служит эгограмма, в которых пять основных состояний «Я»: Критикующий Родитель; Заботящийся Родитель; Взрослый; Естественный Ребёнок; Соглашающийся Ребёнок. Понаблюдайте за

\_\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Симуляционное занятие: тренинг умений и навыков. Психокоррекция. **Цель:** Развитие анализа и саморефлексии. **Задача:** Апробирование действий. Требование к занятию: отработка профессиональных умений.]

собой в течение недели. И нарисуйте эгограмму, выразив столбиками.



Если захотите поднять высоту какого-либо состояния Это, наметьте 5 видов нового поведения в этом состоянии. И начните осуществлять. Через неделю вновь составьте эгограмму или попросите сделать это знающего Вас человека. И сравните обе эгограммы. (Ист. там же)

**Задание 4: «Измерьте компоненты своей личности»** Ниже представлены качественные характеристики, которые проявляют состояния Это. Против каждого утверждения отметьте «да» ли «нет».

1. Недоверчивый		31. Понятливый		61. Ободряющий	
2. Бдительный		32. Юмористичный		62. Изменчивый	
3. Суровый		33. Угрюмый		63. Снисходительный	
4. Нелогичный		34. Придирчивый		64. Безалаберный	
5. Спонтанный		35. Проницательный		65. Строгий	
6. Раздражительный		36. Трезвомыслящий		66. Целеустремлённый	
7. Увлечённый		37. Строптивый		67. Доверчивый	
8. Непреклонный		38. Внимательный		68. Осмотрительный	
9. Рациональный		39. Восприимчивый		69. Порядочный	
10. Рассеянный		40. Творческий		70. Озабоченный	
11. Медлительный		41. Непринуждённый		71. Бездеятельный	
12. Комичный		42. Упрямый		72. Саркастичный	
13. Верящий людям		43. Робкий		73. Экономный	
14. Энергичный		44. Непрогнозируемый		74. Консервативный	
15. Несдержанный		45. Терпеливый		75. Поверхностный	
16. Разумный		46. Доброжелательный		76. Неосмотрительный	
17. Нерациональный		47. Деспотичный		77. Жизнерадостный	
18. Агрессивный		48. Забавляющийся		78. Умелый	
19. Любознательный		49. Плаксивый		79. Безудержный	
20. Внушаемый		50. Нетерпеливый		80. Благородный	
21. Гибкий		51. Бессистемный		81. Обвиняющий	
22. Возбудимый		52. Реалистичный		82. Эгоцентричный	
23. Эгоистичный		53. Надёжный		83. Самобичующий	
24. Ворчливый		54. Беспомощный		84. Приказывающий	
25. Суеверный		55. Самоуверенный		85. Уверенный в себе	
26. Объединяющий		56. Отчаянный		86. Логичный	
27. Самостоятельный		57. Небрежный		87. Любящий	
28. Искренний		58. Рассудительный		88. Широкие интересы	
29. Нерешительный		59. Трудолюбивый		89. Индивидуальность	
30. Дальновидный		60. Нецеленаправленный		90. Непостоянный	

Подсчёт результатов:

**Способствующий развитию Родитель:** «Да»: 13; 16; 26; 28; 38; 39; 45; 46; 53; 59; 61; 63; 69; 80; 85. (Учёт «+») =

**Консервативный Родитель:** «Да»: 1; 3; 6; 8; 24; 25; 34; 47; 55; 65; 72; 74; 81; 83; 84. (Учёт «-») =

**Рациональный Взрослый:** «Да»: 2; 9; 21; 30; 31; 35; 36; 52; 58; 66; 68; 73; 78; 86; 89 (Учёт «+») =

**Иррациональный Взрослый:** «Да»: 4; 10; 11; 17; 20; 37; 42; 51; 60; 64; 70; 71; 75; 76; 87. (Учёт «-») =

**Позитивный Ребёнок:** «Да»: 5; 7; 12; 14; 19; 27; 32; 40; 41; 48; 56; 62; 67; 77; 88. (Учёт «+») =

**Трудный Ребёнок:** «Да»: 15; 18; 22; 23; 29; 33; 43; 44; 50; 54; 57; 79; 82; 90. (Учёт «-») =

В каждой паре отметьте «да». Затем из «+» вычитайте «-». Получится преобладающий вариант Эго-состояния.

**Способствующий развитию Родитель** отличается гуманизмом, ему свойственны уважение, правдивость, понимание, близость эмоционального общения.

**Консервативный Родитель** подавляющий, косный, ригидный, обесценивающий, высоко критичный, карающий. Придерживается авторитарного подхода, основанного на силе и произволе.

**Рациональный Взрослый** адаптивный, с хорошо развитым чувством реальности, полно и быстро получающий информацию и обрабатывающий её. Ярко проявляет направленность к цели, гибкое поведение, ориентирование на разрешение проблем.

**Иррациональный Взрослый** с искажённым чувством реальности, где преобладают эмоции и недостаточно логики, что снижает способность получать и обрабатывать информацию и адаптироваться в обществе.

**Позитивный Ребёнок** сговорчивый, легко приспосабливающийся; у него преобладает интерес к жизни; испытывает радость существования; интуиция; поиск удовольствия позитивной деятельностью.

**Трудный Ребёнок** преобладает в поведении импульсивность, эгоцентрические, оппозиционные, мятежные проявления; характерны зависимость, пугливость, дезадаптация. (Ист. там же).

**Задание 5: «Родительские послания».** Сядьте поудобнее. Прикройте глаза. Сделайте вдох и медленный выдох, повторите ещё два раза. Отправьтесь мысленно в путешествие во времени в своё детство. Что говорили родители о Вас? Что они чаще говорили Вам, и это хорошо запомнилось? Может быть, слышали: «Ты обуза», «Ты бездарь», «Недотёпа» и т.п. А может быть, «солнышко моё», «Ты моё золотко». О чём они более всего переживали за Вас? А что Вы слышали от них по поводу других людей, какие они злые или добрые? Их надо опасаться, избегать, драться с ними? А что такое жизнь - это страдание или радость? Это тяжкий труд и бессмыслица или случайность, дар Божий? Закончив упражнение, запишите родительские послания. И отметьте свою сегодняшнюю эмоциональную реакцию на родительские реплики и наставления. Поразмышляйте, что чувствуете в адрес родителей: симпатию, благодарность, уважение, негодование, обиду или ещё какие-то чувства за то, как они снарядили Вас по жизни? И помните, живы ваши родители или их уже нет, каждый человек должен быть благодарен им за своё появление на свет. Освободитесь от негативных чувств к родителям, и поблагодарите их зато, что подарили жизнь.

**Задание 6:** В формировании жизненного сценария участвуют детские решения. Э. Берн выделил 6 паттернов (*англ. pattern – шаблон*) сценарных процессов: 1) «Пока не...» (перемоешь всю посуду, не ляжешь спать)

2) «Как бы после...» (не смеяся, как бы плакать не пришлось..., чего не вышло)

3) «Никогда...» (не бывает так, чего хочется)

4) «Всегда...» (это случается только со мной)

5) «Почти...» (всегда в конце что-нибудь не так)

6) «Открытый конец...» (всё будет хорошо или все под богом ходим).

Подумайте, какие предубеждения близки вашему сценарию. Или определите свои паттерны сценария. Наметьте действия, которыми можно изменить негативные паттерны сценария и составить такой жизненный план, который будет способствовать развитию личности.

**Задание 7: «Розовый куст».** Цель: релаксация и получение позитивных переживаний. С древних времён цветы считаются символом развития Высшего человеческого «Я». В Китае – «Золотой цветок», в Индии и Тибете – лотос, в Европе и Персии – роза. Динамический образ цветка: развитие от бутона до раскрывшейся розы стимулирует процессы высших сфер сознания.

Сядьте удобно, закройте глаза. Сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов и расслабьтесь. Представьте себе розовый куст с большим количеством не распустившихся бутонов... Теперь переведите своё внимание на один из бутонов. Он ещё закрыт и окружён зелёной чашечкой. Сосредоточьтесь на нём и держите его в центре внимания внутренним взором... Теперь медленно зелёная чашечка начинает раскрываться... Уже видно как она состоит из отдельных чашелистиков, которые постепенно отходят друг от друга... загибаются к низу... открываются розовые лепестки... Чашелистики продолжают раскрываться и вы видите бутон целиком.

Теперь и лепестки начинают раскрываться... медленно разворачиваются... превращаются в полноценный бутон и раскрывшийся цветок. Постарайтесь почувствовать, как пахнет эта роза... ощутите ей присущий тонкий и терпкий аромат...

Теперь представьте, что на розу упал луч солнца... Он даёт тепло и свет цветку... и капли росы начинают испаряться... удержите в центре внимания розу под лучами солнца. Загляните в сердцевину цветка... Почувствуйте дыхание самой розы... Она преисполнена понимания и любви к вам. Поговорите с ней о том, что является для Вас сейчас самым главным в жизни... Не стесняясь, поделитесь мысленно с розой, что Вас больше волнует в данный момент... можете спросить совет... Отпустите по волне Ваши мысли... Возможно, появятся какие-то образы перед мысленным взором... и возможно это подсказка решению Ваших проблем или жизненных задач...

Теперь отождествите себя с розой. Представьте, что Вы стали этой розой и даже вобрали в себя весь этот цветок... Осознайте, что в любой момент своей жизни можете воспользоваться нежной силой этого цветка... Сила, поддерживающая и вдыхающая жизнь во Вселенной, создала эту розу... А теперь эта сила наполнила и Вашу сущность. Побудьте в этом качестве... И когда откроете глаза, сохраните в себе наполненный жизненный потенциал. (Ист. О.Н. Истратова, Т.В. Эксакуто. Справочник по групповой психокоррекции. - Ростов-на-Дону, 2006).

\_\_\_\_\_ **Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

**МОДУЛЬ 12: ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА В ОБЕСПЕЧЕНИИ СОХРАНЕНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.**

**Тема 12.1. Синдром эмоционального выгорания личности в профессиональной деятельности медработников и его профилактика.**

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ)-это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности. Процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы. Однако СЭВ в фазе резистенции-это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Социальный психолог К.Маслак (1976 г.) определила это состояние как синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, утрату понимания и сочувствия по отношению к субъектам деятельности. В Международной классификации болезней (МКБ-10) СЭВ отнесен к рубрике Z73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни».

**Распространенность синдрома эмоционального выгорания** в профессии «человек-человек» у работающих наиболее часто (по разным исследованиям от 30 до 90%) отмечается у врачей, психологов, социальных работников, учителей, спасателей, работников правоохранительных органов и др. Среди медицинских сестер СЭВ обнаруживаются более чем в 60% опрошенных, причём почти все состояния у специалистов находятся в Фазе резистенции, т.е. значительного привыкания к СЭВ. (Ист.:П.И.Сидоров.Синдром эмоционального выгорания.<https://medgazeta.rus.-medserv.com>;[https://studbooks.net/900286/psihologiya/factory\\_sposobstvuyuschierazv](https://studbooks.net/900286/psihologiya/factory_sposobstvuyuschierazv))

**Главной причиной СЭВ считается психологическое, душевное переутомление специалистов, когда объективные требования в работе, предъявляемые учреждением, длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними) и субъективными возможностями работников.** Установлена прямая связь выявленных изменений с характером профессиональной деятельности, сопряженной с ответственностью за судьбу, здоровье и жизнь людей. Эти изменения расценены как результат воздействия продолжительного профессионального стресса. Среди профессиональных стрессоров, способствующих развитию СЭВ, отмечается обязательность работы в строго установленном режиме дня и большая эмоциональная насыщенность актов взаимодействия с субъектами деятельности. *Ключевым компонентом СЭВ является стресс на рабочем месте несоответствия между возможностями*

\_\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Симуляционное занятие. Кейс-стади:дискуссия; самотестирование. **Цель:** Обучение моделированию ситуаций. **Задача:** Апробирование действий. Требование к занятию: Отработка профессиональных умений.]

личности и предъявляемыми к ней требованиями. (Ист. там же). **К основным организационным факторам**, способствующим выгоранию, относятся: высокая рабочая нагрузка; отсутствие или недостаток социальной поддержки коллег и руководства; недостаточное вознаграждение за работу; высокая степень неопределенности в оценке выполняемой работы; невозможность влиять на принятие решений; двусмысленные, неоднозначные требования к работе; постоянный риск штрафных санкций; однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность; необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реалиям; отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы. (Ист. там же). **К личностным факторам риска** (В.В.Бойко), обуславливающим эмоциональное выгорание, относят: склонность к эмоциональной ригидности; эмоциональную лабильность. Эмоциональное выгорание как средство психологической защиты быстрее возникает у тех, кто менее реактивен и восприимчив, а более эмоционально сдержан. Однако у людей импульсивных, обладающих подвижными нервными процессами, с повышенной впечатлительностью и чувствительностью эмоциональное истощение протекает тяжелее. Эмоционально-энергетические ресурсы истощаются постепенно, и возникает необходимость восстанавливать их или беречь, прибегая к тем или иным приемам психологической защиты, что нередко приводит к употреблению психоактивных веществ (алкоголь, наркотики и др.). Бывает, что специалисты через какое-то время могут поменять профиль работы или даже профессию. Некоторые молодые специалисты уходят с работы в первые пять лет трудового стажа. Но типичный вариант экономии ресурсов-это эмоциональное выгорание. Спустя 11-16 лет, специалисты приобретают энергосберегающие стратегии исполнения профессиональной деятельности в виде слабой мотивации эмоциональной отдачи в профессиональной работе. Здесь рассматривается два варианта: 1) профессионал в сфере общения умеет, но не заинтересован проявлять соучастие и сопереживание субъекту своей деятельности, что приводит к безразличию, равнодушию и черствости, а систему самооценок он поддерживает материальными средствами или позиционными достижениями; 2) специалист излишне сопереживает и проявляет соучастие по отношению к субъекту профессиональной деятельности и при этом не умеет поощрять себя и восстанавливать эмоциональные и физические силы. Выгорание особенно опасно в начале своего развития, так как выгорающий человек не осознает симптом изменения. «Выгорание» как системное явление, К. Маслач и М. Лейтер предлагают рассматривать в шести сферах проявления несоответствия между: а) требованиями, предъявляемыми к работнику, и его ресурсами; б) стремлением работника иметь большую самостоятельность в своей работе и определять способы достижения тех результатов, за которые несёт ответственность, и жесткой, не рациональной политикой администрации в организации рабочей активности и контролем за ней; в) работой и отсутствием вознаграждения, что переживается работником как непризнание его труда; г) личностью и работой, где потеряно чувство положительного взаимодействия с другими членами коллектива; д) личностью и работой, где имеется факт несправедливости в оценке работы; е) личностными моральными принципами и этическими требованиями работы/ (Ист. там же).

В настоящее время выделяют около 100 симптомов, связанных с СЭВ. Так при синдроме хронической усталости типичны жалобы больных: прогрессирующая усталость, снижение работоспособности; плохая переносимость ранее привычных нагрузок; мышечная слабость; боль в мышцах; расстройства сна; головные боли; забывчивость; раздражительность; снижение мыслительной активности и способности к концентрации внимания; может регистрироваться



длительный субфебрилитет, боли в горле. В постановке этого диагноза следует учитывать, что при этом должны отсутствовать другие причины или заболевания, способные вызвать появление подобных симптомов. (Ист. там же).

**Выделяются три ключевых признака СЭВ:** 1) развитию предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен работой, отказывается от потребностей, не связанных с ней, забывает о собственных нуждах, а затем наступает первый признак – **истощение** (чувство перенапряжения и истощения эмоциональных и физических ресурсов, усталость, не проходящая после ночного сна); 2) имелась попытка справиться с эмоциональными стрессорами на работе – **личностная отстраненность** (профессионал не сострадает клиенту/ пациенту, как это делал ранее) 3) ощущение утраты собственной эффективности, когда человек не видит перспектив в своей профессиональной деятельности, – **падение самооценки в рамках эмоционального выгорания** (снижается удовлетворение работой, утрачивается вера в свои профессиональные возможности). (Ист. там же). Существует и двухфакторный подход, определяющий СЭВ: **эмоциональное истощение** (жалобы на плохое физическое самочувствие и нервное напряжение); **деперсонализация** – «установочный» фактор (проявляемый в изменении отношений к клиентам/пациентам и к себе). **Опираются на 5 групп ключевых симптомов:** **физические симптомы** (усталость, физическое утомление, истощение; изменение веса; недостаточный сон, бессонница; ощущение плохого общего состояния здоровья: затрудненное дыхание, одышка; тошнота, головокружение, чрезмерная потливость, дрожь; повышение артериального давления; язвы и воспалительные заболевания кожи; болезни сердечно-сосудистой системы и др.); **эмоциональные симптомы** (недостаток эмоций; пессимизм, цинизм, черствость в работе и личной жизни; безразличие, усталость; ощущение беспомощности и безнадежности; агрессивность, раздражительность; тревога, усиление иррационального беспокойства, неспособность сосредоточиться; депрессия, чувство вины; истерики, душевные страдания; потеря идеалов, надежд или профессиональных перспектив; увеличение своей деперсонализации или других людей, когда становятся безликими, как манекены; преобладает чувство одиночества и т.п.); **поведенческие симптомы** (рабочее время более 45 часов в неделю; во время работы появляется усталость и желание отдохнуть; безразличие к еде; малая физическая нагрузка; оправдание употребления табака, алкоголя, лекарств; повторяющиеся несчастные случаи: падения, травмы, аварии и пр.; импульсивное эмоциональное поведение); **интеллектуальное состояние** (падение интереса к новым теориям и идеям в работе, к альтернативным подходам в решении проблем; скука, тоска, апатия, падение вкуса и интереса к жизни; большее предпочтение шаблонам, рутине, чем творческому подходу; цинизм или безразличие к новшествам; малое участие или отказ от участия в развивающих экспериментах - тренингах, образовании; формальное выполнение работы); **социальные симптомы** (низкая социальная активность; падение интереса к досугу, увлечениям; социальные контакты ограничиваются работой; скудные отношения на работе и дома; ощущение изоляции, непонимания других и другими; ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег и т.д.). (Ист.: там же).

*Работа в стрессовой обстановке приводит к мобилизации внутренних ресурсов и может вызвать как острые нарушения, так и отсроченные последствия.* Существует тесная взаимосвязь между профессиональным выгоранием и мотивацией деятельности. Выгорание приводит к снижению профессиональной мотивации: напряженная работа постепенно превращается в бессодержательное занятие, появляются апатия и даже негативизм по отношению к своим

обязанностям, которые сводятся к минимуму. В целом, психическому выгоранию больше подвержены «трудоголики», работающие с высокой самоотдачей, ответственностью, установкой на постоянный рабочий стандартный или рутинный процесс. (Ист. там же).

**Одно из первых мест по риску возникновения СЭВ в медицине занимает профессия медицинской сестры.** Ее рабочий день-это теснейшее общение с людьми, в основном с больными, требующими неусыпной заботы и внимания. Сталкиваясь с негативными эмоциями, медсестра невольно и непроизвольно вовлекается в них, в силу чего начинает и сама испытывать повышенное эмоциональное напряжение. Выделяют три типа медицинских сестер, которым угрожает СЭВ: «педантичный» (добросовестность, возведённая в абсолют, с чрезмерной и болезненной аккуратностью, стремлением в любом деле добиться образцового порядка, даже в ущерб себе; «демонстративный», стремящийся быть первыми во всем, всегда быть на виду, поэтому свойственна высокая степень истощаемости при выполнении даже незаметной рутинной работы; «эмотивный», представляющий впечатлительных и чувствительных людей, с чрезмерной отзывчивостью, граничащей с патологией и склонностью воспринимать чужую боль как собственную, что ведёт к саморазрушению. (Ист. там же).

**Профилактические и лечебные меры при СЭВ** практически одинаковые. *Профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия должны направляться: на снятие действия стрессора: снятие рабочего напряжения и повышение профессиональной мотивации; выравнивание баланса между затраченными усилиями и получаемым вознаграждением (материальное и моральное).* (Ист. там же).

При появлении и развитии признаков СЭВ необходимо обратить внимание на улучшение условий труда (организационный уровень), характер складывающихся взаимоотношений в коллективе (межличностный уровень), личностные реакции и заболеваемость (индивидуальный уровень).

Существенная роль в профилактике и лечении СЭВ отводится самому специалисту. Соблюдение рекомендаций может предотвратить возникновение и снизить выраженность СЭВ: определение краткосрочных и долгосрочных целей, успех которых повышает самовоспитание; использование «тайм-аутов» для обеспечения психического и физического благополучия (отдых от работы); овладение умениями и навыками саморегуляции (релаксация, медитация, увлечения (хобби); профессиональное развитие и самосовершенствование, в т. ч. курсы повышения квалификации, конференции, балинтовские группы и пр.; уход от ненужной конкуренции (бывают ситуации, когда ее нельзя избежать, но чрезмерное стремление к выигрышу порождает тревогу, делает человека агрессивным, что способствует возникновению СЭВ); эмоциональное общение (когда человек анализирует свои чувства и делится с другими, вероятность выгорания значительно снижается); поддержание хорошей физической формы (не стоит забывать, что между состоянием тела и разумом существует тесная связь: неправильное питание, злоупотребление спиртными напитками, табаком, уменьшение веса или ожирение и т.п., что усугубляют проявления СЭВ). (Ист. там же).

В целях направленной профилактики СЭВ используют тренинги для медицинских работников по повышению компетентности сопротивления СЭВ. К ним относят ассертивные тренинги, тренинги личностного роста, тренинги совладания с агрессивностью. Применяется овладение техниками психосаморегуляции: аутотренинг, гетеротренинг, прогрессивная релаксация по Джекобсону.

\_\_\_\_\_ **Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи клинической психологии в оказании медико-психологической помощи населению»

**МОДУЛЬ 12: ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА В ОБЕСПЕЧЕНИИ СОХРАНЕНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.**

**Тема 12.2. Профессиональная деформация и личностная деструкция.**

**Профессиональная деформация** (лат. *deformatio*-искажение)-это когнитивная и психологическая дезориентация личности, формирующаяся из-за постоянного давления внешних и внутренних факторов профессиональной деятельности на жизнь человека и приводящая к формированию специфически профессионального типа личности, как бы живущего только профессией. Изначально профессиональная деформация связывалась с распространением выработанных человеком профессиональных стереотипов на другие сферы его жизни, включая общение и поведение вне профессии. Впервые термин «профессиональная деформация» ввёл Питирим Сорокин как обозначение негативного влияния профессиональной деятельности на человека. Профессиональную деформацию описывали в своих работах такие учёные, как С. Г. Геллерштейн (1930), Е.И. Рогов (1992, 2016), А. К. Маркова (1996), Э. Ф. Зеер (1999, 2003), С. П. Безносков (2004), Р. М. Грановская (2010), С. А. Дружилов (2013). Исследователи выделяли профессиональную деформацию личности, деятельности, трудового поведения. Для обозначения негативных изменений в профессиональной деятельности используется также термин «профессиональные деструкции» (Э. Ф. Зеер, С. А. Дружилов). (Ист.: [https://ru.wikipedia.org/wiki/Проф\\_деф.](https://ru.wikipedia.org/wiki/Проф_деф.))

Профдеформациям наиболее подвержены лица, работающие с людьми: работники правоохранительных органов, военные, руководители, депутаты, чиновники, социальные работники, педагоги, медики, психиатры, продавцы, психологи и др. Деформация может выражаться в формальном, функциональном отношении к людям в зависимости от конкретной профессии, например, у учителей в авторитарности и категоричности суждений; у психологов и психотерапевтов в стремлении манипулировать другим человеком и навязывать ему определённую картину мира, не учитывая мотивов и целей самого человека; у программистов в тенденции искать ошибки в различных жизненных ситуациях и склонности к алгоритмизации; у психиатров, нередко, во всех людях видеть определённую патологию. Профессиональная деформация у управленцев проявляется как рост агрессивности, неадекватности в восприятии людей и ситуаций, приводя к падению (или утрате) способности к эффективному интимно-личностному общению, самосовершенствованию и развитию, вплоть до потери вкуса к жизни. Частными случаями проявления профессиональной деформации являются: «административный восторг», синдром эмоционального выгорания, «управленческая эрозия». (Ист. там же).

\_\_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Симуляционное занятие. Кейс-стади: анализ конкретных ситуаций; интеракции **Цель:** Обучение моделированию ситуаций. **Задача:** Апробирование действий. Требование к занятию: отработка профессиональных умений.]

Исследователи выделяют несколько способов систематизации проявлений:

**Должностная деформация** у руководителя, не ограничивающего свои властные полномочия, появляется стремление к подавлению другого человека, нетерпимости к иному мнению. Исчезает умение видеть свои ошибки, теряется самокритичность, возникает уверенность, что собственное мнение единственно правильное.

**Адаптивная деформация** как пассивное приспособление личности к конкретным условиям деятельности, в результате которой формируется высокий уровень конформизма. Личность безоговорочно перенимает принятые в учреждении модели поведения. На глубоком уровне деформации появляются значительные изменения индивидуально-личностных качеств, а иногда деформация носит ярко выраженный негативный характер, в том числе властность, низкая эмоциональность, жёсткость.

**Профессиональная деградация** как крайняя степень профессионального доминирования, когда личность меняет ценностные нравственные ориентиры, а в конечном итоге, становится профессионально несостоятельной. (Ист.: С.А. Дружилов Профессиональные деформации и деструкции как следствие искажения психологических моделей профессии и деятельности // Журнал прикладной психологии. -2004, №3).

Е. И. Рогов описал **типы деформации в педагогической деятельности: обще- профессиональные деформации**, характерные для работников данной профессии (например, учителя, работающие в разных учебных заведениях и по разным технологиям, становятся похожими друг на друга); **типологические профессиональные деформации**, вызванные слиянием и синтонностью личностных качеств с соответствующими функциями деятельности (например, в педагогической профессии отражены «предметник», «организатор», «методист» и др.); **профессионально-специальные деформации**, обусловленные специализацией в профессии (например, различаются учителя младших классов и педагоги старшей школы, а учителя физкультуры отличаются от учителей математики); **индивидуальные деформации**, обусловленные изменениями личности работника, внешне не связанные с процессом деятельности (когда параллельно становлению профессионально важных качеств происходит развитие качеств, не имеющих отношения к данной профессии). (Ист. там же).

**Наиболее универсальной представляется систематизация явления по направлениям профессионализации субъектов деятельности.**

#### **Деформации личности:**

1. Профессионально важные качества личности акцентируются одновременно с деградацией свойств, не вовлеченных в деятельность.

2. Поглощенность личности деятельностью, постоянная потребность в ее выполнении, как единственно возможного способа самореализации, проявляющаяся в феноменах «трудоголизма»; профессионального «огрубления» личности; «административного восторга»; упоения властью и проч.

3. Изменения самосознания личности, фиксируемые в деформациях «Я-образа» и «Я-концепции» субъекта деятельности, где искажены представления работника о профессионально важных качествах; гипертрофированы оценки важности и значения своей профессии; произвольные субъективные интерпретации нормативного поведения, выраженные в симптомах «неудовлетворенности собой» и имиджем профессии, психологическом пресыщении профессиональной деятельностью и пр.

4. Развитие у субъекта профессиональных состояний физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющиеся в синдроме эмоционального выгорания (СЭВ); синдроме хронической усталости (СХУ); симптоме «переживания психотравмирующих обстоятельств»; симптоме «загнанности в клетку»; эмоциональной ригидности; «застревании» в профессиональном развитии и пр.

5. Формирование неадекватной регулятивной системы стабилизации личности, включающей феномены: психологические защиты; самообман; поведенческие деформации; профессиональный маргинализм; снижение аналитических

способностей, гибкости мышления и проч. (Ист.: С.А. Дружилов Профессионально-деструктивная деятельность как проявление проф. маргинализации и депрофессионализации // Вестник МГУ им.М.В.Ломоносова. Серия 13. Психология.-2017.

### **Деформации профессиональной деятельности:**

1. Деформация основных компонентов профессиональной деятельности, начиная от мотивов и заканчивая результатом.

2. Приверженность инструкциям, реализуемая с помощью таких форм поведения как формализм, педантичность, жесткая регламентация деятельности; излишняя уверенность в непогрешимости используемых методов; противодействие новым способам и формам работы; низкая профессиональная мобильность; блокирование становления индивидуального стиля деятельности и проч.

3. Устранение эмоциональных проявлений из сферы профессиональной деятельности, что отражается: в эмоциональной отстраненности; в «приборном фетишизме»; опоре на профессиональные стереотипы; упрощенном восприятии ситуации; искажении нравственных ориентиров; снижении фрустрационной толерантности и т.д.

4. Деформация профессиональных функций и норм, фиксируемая в феноменах редукции (упрощения) профессиональных обязанностей: инверсия субъективного смысла профессии; ослабление контроля за реализацией профессионального поведения; выученная беспомощность; «управленческая эрозия»; поведенческая ригидность; неэффективность принимаемых решений; появление «теневых функций» профессии; информационная пассивность и др. (Ист. т.м.)

### **Деформации профессионального взаимодействия:**

1. Монологичность и необсуждаемое доминирование, проявляющиеся в чувстве абсолютной правоты, когнитивной ригидности, демонстрации авторитарности и агрессии, эффекте «упоевания властью», переоценке личностью своих возможностей, симптоме «личностной отстраненности» или деперсонализации; двойной морали; восприятию партнера общения как объекта для манипуляций, тяготящего своими проблемами и самим фактом существования и т.п..

2. Жесткая структурированность и формализованность взаимоотношений в системе «субъект-объект», что обнаруживается в отношении к объекту профессиональной деятельности как «типичному представителю» или неодушевленному предмету; во взаимодействии не с конкретным человеком, а со стереотипом, сложившимся у субъекта; в симптоме «эмоционального дефицита»; невозможности войти в положение объекта, соучаствовать, сопереживать; безразличии, равнодушии, душевной черствости и прочее.

3. Оценочность взаимоотношений с гипертрофированием функции, когда субъект деятельности присваивает себе право на любые оценки, что приводит к профессиональному цинизму; наблюдению и оценке объекта сквозь координатную сетку своих классификаций; симптому «эмоционально-нравственной дезориентации».

4. Перенос особенностей и методов профессионального взаимодействия на общение в других сферах и взаимоотношений с ближайшим социальным окружением, что проявляется деформацией и нарушением взаимопонимания, в коммуникативных барьерах, симптоме «расширения сферы экономии эмоций» и т.д. (Ист.:там же).

В литературе **выделяют три группы факторов**, ведущих специалистов к возникновению **профессиональной деформации**, обусловленные: *спецификой деятельности, индивидуально-личностными свойствами, особенностями социально-психологического опыта адаптации.*

**Профессиональную деформацию рассматривают как «искажение» психологических моделей профессии и деятельности.** Частая причина профессиональной деформации в специфике ближайшего окружения, разделении труда узкой специализацией профессионалов, формирующих специфические привычки, стереотипы, стили мышления и общения. **При профессиональных деструкциях происходит разрушение деятельности** (изменение её направленности на иные цели и результаты) **и личности** (её ориентация на противоположные трудовые ценности). В том и другом случаях профессиональную деятельность определяют стереотипы функционирования, наглядно действующие в большей степени на бессознательном уровне. **Управленческие стереотипы:** «начальник должен быть жестким, твёрдым, настойчивым» меняет структуру управленческого взаимодействия, переводя её на режим угрозы наказанием за проступок; приказное общение «начальник всегда прав» отрицательно влияет на самостоятельность решений и суждений работника, формирует безынициативность, ожидание приказов и распоряжений со стороны руководства; догматическое следование приказам порождает установку на бездумное выполнение любого распоряжения начальника, часто ведёт к внутриличностным конфликтам, когда имеется собственное мнение о необходимости действовать по-другому. **Личностные стереотипы** «маленького человека» ведут к снижению профессиональной самооценки, проявлению конформизма и отсутствию собственных суждений по служебному вопросу; «оптимальное» ролевое поведение становится механизмом приспособления к конкретным служебным ситуациям и определённым профессиональным действиям (например, угрожающее и агрессивное поведение следователя рассматривается как оптимальное для получения показаний от подозреваемого и оправдывает все его действия по нахождению виновного) и т. п. (Ист.: [https://ru.wikipedia.org/wiki/Проф.\\_дефор](https://ru.wikipedia.org/wiki/Проф._дефор)). **Именно стереотипы формируют стойкие установки «соответствовать своей профессии».** С психологической точки зрения, профдеформация есть результат неактуальности и незначимости для специалиста профессионального роста и развития. **Деформация медицинских работников проявляется в полном автоматизме применения навыков без реальной оценки ситуации.** Врач автоматически оценивает здоровье человека даже при простом рукопожатии, когда моментально отмечает температуру, пульс, влажность ладони, и обращает внимание на внешний вид человека, пытаясь найти связь с каким-либо заболеванием, при этом советуя собеседнику посетить клинику или пройти обследование, т.к. «плохо выглядит, под глазами мешки». Психолог будет стремиться вывести собеседника на откровенный разговор, чтобы покопаться в психологических проблемах и постараться их решить, хотя собеседник в этом не нуждается. Медсестра будет участливо предлагать свою помощь, даже там, где в ней не нуждаются. А санитарка «гоняет пациентов», требуя соблюдения чистоты и порядка.

**Профилактика профессиональной деформации** состоит из предупредительных мероприятий, ориентированных на снижение вероятности развития предпосылок и проявлений деформации. Необходимо осваивать техники управления сознанием, развивать умение переключаться с одного вида деятельности на другой, укреплять силу воли, а главное, не заикливаться на стереотипах, стандартах, шаблонах, а действовать в реальном времени. (Ист. там же).

Существует несколько возможных вариантов реабилитации: прохождение тренингов квалификационного и личностного роста; повышение уровня социальной и психологической компетентности; диагностика профессиональных изменений личности и разработка индивидуальных схем и программ коррекции; освоение техник психосаморегуляции; проведение самокоррекции и восстановления саморегуляции эмоционально-волевых качеств и др.

\_\_\_\_\_ **Составитель материала:** преподаватель А.Д. Набатникова.

Государственное учреждение здравоохранения  
«Липецкий областной наркологический диспансер»

**Учебно-методическое отделение**

**Учебно-методический центр «СТИМУЛ»**

Лицензия на осуществление образовательной деятельности

№ 1386 от 19.12.2016. Серия: 48ЛО1№0001548

Сайт: <https://narkolog48.ru>. Раздел: Учебно-методическое отделение



**ПРАКТИКА** к курсу «Актуальные задачи

клинической психологии при оказании медико-психологической помощи населению в общей лечебной сети медицинских учреждений»

МОДУЛЬ 1: НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕЖОТРАСЛЕВАЯ ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ.

**Тема 1.3. Психогении, психологические травмы, стрессы и соматические реакции заболеваний в практике врачей и деятельности клинических психологов.**

Многие исследователи в области психологии и медицины полагают, что психические конфликты, в широком их понимании, у человека занимают одно из ведущих мест в ряду причин, вызывающих болезни и особенно нервно-психические. (Ист.: <https://studfiles.net/preview/5111804/page:69/>).

**Психогеніи** (*гр. psyche-душа+getao-порождаю*) –это расстройства психики, возникающие в результате психических травм, полученных в ситуации острого нервно-психического напряжения или вызванная неблагоприятными внешними условиями, или длительно накапливающимся напряжением под воздействием мелких раздражителей. Психогеніями называют заболевания, единственной или основной причиной которых являются психотравмирующие переживания человека. **Психической травмой следует называть такие отрицательные переживания, которые могут быть причиной определенной клинической патологии.** Все психические травмы, вызывающие психогенное заболевание, разделили на три группы психологических феноменов: 1) «эмоциональное лишение» объекта привязанности; 2) конфликты со значимыми людьми; 3) угроза для жизни (землетрясение, наводнения, крушения и др.). Психогении возникают на фоне ослабленного организма и нервной системы, что формирует *реактивные психозы и неврозы.* (Ист.: <https://studfiles.net/preview/5111804/>)

Однако, помимо нервно-психических заболеваний, психотравмы вызывают **психалгіи** (буквально-психика, вызвавшая боль). Особенности алгий (*гр. algos-боль*) в жалобах: «Боли как вколачивание гвоздя», «распирает щеку изнутри» и т.п., где характерна лабильность локализации боли, и чаще развиваются сразу после психотравмы. Если психалгия возникает на фоне общего истерического синдрома (или у истерического типа личности), то боль служит проявлением одной из тенденций, а именно, требование внимания к себе и признания существующих, но чаще не существующих заслуг. Анализ поведенческих реакций обнаруживает, что болезнь позволяет индивиду избежать неприятных ситуаций. (Ист.: <https://meduniver.com>). *В целом, в описаниях болей психалгического типа есть особенности, которые следует учитывать в диагностике.* Больные испытывают затруднение при описании характера боли, не могут локализовать их четко, а главное, у них отсутствуют внешние признаки переживания боли. Не наблюдается динамика и прогрессивность течения боли, хотя ситуативная \_\_\_\_ [ **Методология обучения:** Симуляционное занятие: обсуждение. **Цель:** Совершенствование селективного умения. **Задача:** Стимулирование семиотического мышления. Требования к занятию: Чёткий контекст темы. ]



обусловленность истинного симптома не исключена. Интенсивность психалгических болей, как правило, не изменяется при приеме различных анальгетиков, даже наиболее сильных из них. (Ист.: <https://stud-files.net/preview/>).

**Психосоматика** (гр. *ψυχή-душа* и *σῶμα-тело*)—это направление в медицине (психосоматическая медицина) и психологии, изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических (телесных) заболеваний. В рамках психосоматики исследуются связи между характеристиками личности, стилями поведения, типами эмоциональных конфликтов и тем или иным соматическим заболеванием. В психоаналитической концепции все болезни человека возникают по причине психологических несоответствий и расстройств в душе, в подсознании, в мыслях человека. *Соматические заболевания, обусловленные психогенными факторами, называют «психосоматическими расстройствами, причины которых в большей мере обусловлены психическими процессами больного, чем физиологическими причинами.* Если медицинское обследование не обнаруживает физическую или органическую причину заболевания, а предшествовало вполне осознаваемое какое-либо эмоциональное состояние как гнев, тревога, депрессия или чувство вины, то болезнь может классифицироваться психосоматической. В отличие от ипохондрии, которая некоторыми врачами ошибочно считается психосоматическим заболеванием, психосоматические больные испытывают настоящую боль, тошноту или др. физически ощущаемые симптомы, но без диагностируемой причины предполагаемого соматического недуга. **Психосоматическая проблема**—это фундаментальная научная проблема о соотношении психики и тела о биопсихосоциальной природе человека. По классификации психолога Лесли ЛеКрона, психосоматические реакции порождены психологическими факторами:

1) **Конфликт** как внутреннее противоречие между различными частями личности, желаниями и тенденциями.

2) **Реакция тела** на неприемлемое для индивида отношение к кому-то или чему-то, выраженное в болевом ощущении, например, трудно дышать, возникают мигрени, нарушается работа желудочно-кишечного тракта и так далее.

3) **Мотивация желаемого** или **условная выгода** - эта категория проблемы со здоровьем, когда болезнь приносит определенную, условную выгоду их обладателю. Образование симптома происходит на бессознательном уровне, что не является обманом или симуляцией. Симптом реален, но он «обслуживает» какую-то определенную осознанную цель.

4) **Травматичный опыт прошлого** отпечатывается в памяти и становится причиной болезни. Может быть, какой-либо эпизод из прошлого или длительное эмоциональное воздействие, продолжающее влиять на человека в настоящем.

5) **Идентификация** с физическим симптомом образуется вследствие отождествления индивидом себя с человеком, имеющим подобное заболевание. Как правило, это происходит при сильной эмоциональной привязанности к значимому лицу, особенно, когда присутствует страх потерять (например, тяжёлая болезнь) или потеря фактически уже случилась вследствие какой-либо болезни.

6) **Внушение** как симптомы болезни могут возникать посредством самовнушения. Идея о наличии болезни принимается человеком автоматически, без критики, бессознательно и в момент особого эмоционального накала.

7) **Самонаказание**, когда в некоторых случаях психосоматический симптом выполняет роль бессознательного наказания самого себя. Связано с реальной, но чаще воображаемой мучительной виной. Самонаказание облегчает человеку переживание вины, но существенно осложняет жизнь в психосоматике.

(Ист.: <http://www.b17.ru>)

Для лечения психосоматических заболеваний используются различные виды психотерапии и альтернативная медицина. В настоящее время фармакологическое лечение в основном проводится транквилизаторами или антидепрессантами в сочетании с психотерапией. (Ист.: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Псих.>).

**Психосоматика может имитировать любой симптом и его интенсивность, среди них:** дисфункция органов пищеварения; диспепсия; язва желудка; холецистит; запоры; язвенный колит; панические атаки (кардиофобический невроз); стенокардия; миокардит; гипертония; ишемическая болезнь сердца; инфаркт миокарда; нарушение сердечного ритма; заболевание органов дыхания; бронхиальная астма; синдром гипервентиляции лёгких; эндокринные нарушения; гипертериоз; гипотериоз; сахарный диабет; кожные заболевания; псориаз; нейродермит; прыщи; заболевания мочеполовой сферы у мужчин; тазовые боли; болезненные менструации; предменструальный синдром; отсутствие менструаций; бесплодие; киста яичника; фибромиома; эндометриоз; маточные кровотечения; рак груди; климакс; ложная беременность; заболевания органов зрения; глаукома; близорукость или дальнозоркость; расстройство пищевого поведения: булимия или анорексия; ожирение; заболевание опорно-двигательного аппарата; фибромиалгия; остеохондроз; ревматоидный артрит; головные боли; мигрень; инфекционные заболевания; простуды; герпес; ангина; туберкулёз; онкология; депрессия; функциональные сексуальные расстройства; психовегетативные синдромы; невралгия и многие другие. (Ист.: <https://energefamilj.ru>). В практике работы врача показателями психосоматики в анамнезе больного являются недавно перенесённые стрессы, наличие актуальных мучительных или тяжёлых переживаний и подтверждение анализов, не обнаруживающих предполагаемую патологию.

**Основные симптомами детских психосоматических заболеваний выступают физические и психологические признаки.** Физические признаки, например, ребенок часто страдает простудными и инфекционными заболеваниями именно в те моменты, когда в семье царит хаос или конфликты. Психологические признаки проявляются ситуативно, другой пример, когда родители ребенка развелись, однако папа каждый вечер приходит к малышу и проводит с ним время. В этот раз папа не пришел, несмотря на то, что малыш очень сильно его ждал. В результате этого у ребенка началась бессонница. Это не значит, что необходимо сохранять видимость полной семьи, находясь в негативных отношениях, но ради ребенка. Если супруги будут продолжать жить вместе, постоянно в ссорах, это тоже отрицательно скажется на здоровье ребенка. Разумно будет консультироваться с психотерапевтом или психологом в каждом конкретном случае. **Если же врачи обнаружили у ребенка психосоматические недуги, то курс лечения должны пройти все члены семьи.** И в этом случае речь идет не о традиционных лечебных методах, а семейной психотерапии. *Важно понять, в каком психологическом состоянии находятся родители ребенка, так как их состояние напрямую влияет на здоровье ребёнка.* Для того чтобы устранить психосоматику, необходимо определить причину ее происхождения, а для максимального результата психотерапевту потребуются работа со всей семьей, чтобы разрядить накал семейной жизни и изменить психологическую ситуацию на приемлемую и благоприятную. (Ист.: <https://kconson-sp.ru/psihosomat>).

**Причиной многих психосоматических заболеваний взрослого индивида являются также пережитые стрессовые состояния, причём как в детстве, так во взрослой жизни.** Некоторые стрессовые психосоматические симптомы описаны в литературных психотерапевтических источниках (Луиза Хей «Исцели себя сам»; Лиз Бурбо «Слушай свое тело»; Антонио Менегетти «Пси-

хосоматика»; Александер Франц «Психосоматическая медицина. Принципы и применение» и др.). **Анемия** возникает у людей, живущих в страхе жизни что-либо потерять. **Аритмия** ощущается в страхе быть виноватым. **Варикоз** обостряется одновременно в ситуации психического напряжения и длительного труда без компенсированного отдыха. **Лишним весом** страдают люди, находящиеся в постоянном страхе из-за чего-либо и предпочитающие оградить себя от внешнего мира. **Головокружения** появляются у тех, кто боится адекватно смотреть на вещи, происходящие вокруг. Есть исследования, что **онкология головного мозга** чаще возникает у людей с болезненным чувством, что их не любят. Если человек чем-либо недоволен и пытается сдерживать свои действия, могут возникнуть **боли шеи**. Когда человек нерешителен, а высказаться хочет, у него может появиться **зубная боль**. **Диабет** чаще возникает у людей, стремящихся всеми способами сделать лучше свою жизнь. Причина многих соматических заболеваний лежит в психологическом феномене чрезмерного повинования психоэмоционально зависимой личности, когда происходит угнетение самости, например, в детстве родителями, а во взрослом возрасте начальником, сообществом и так далее. **Любая психосоматика выявляет тонкие психические взаимосвязи на почве внутреннего психологического неблагополучия индивида и нарушений личностной адаптации в жизнедеятельности.**

**Особенности лечения психосоматики.** Избавиться от психосоматических заболеваний, надеясь только на лекарственные или же любые другие консервативные методы, не получится. Если индивид не разрешит проблемы эмоционального характера, то физическое лечение, как правило, остаётся безрезультатным. Важно найти индивидуальный подход и обратиться к специалисту. При этом и сам человек, проведя самоанализ, сможет определить, по каким причинам возникло состояние, повлекшее болезнь какого-либо органа. Во многих случаях психосоматика глубоко скрыта, потребуется время и психотерапевтические усилия, и для максимальной результативности восстановления здоровья больного врачи назначают специальное медикаментозное лечение.

**Профилактика психосоматических расстройств осуществляется, в группе риска,** куда входят здоровые индивиды, скрывающие эмоциональные переживания от внешнего мира. Накапливающиеся внутри негативные эмоции разрушительно воздействуют на здоровье. Склонность к возникновению психосоматических расстройств чаще образуется в детском и подростковом возрасте, когда психика наиболее неустойчивая и легко травмируемая. В группу риска входят также индивиды, страдающие психоэмоциональными зависимостями, в том числе от употребления психоактивных веществ. Известно, что алкоголизм во многом является проблемой психосоматического характера, когда индивид не может контролировать употребление спиртного, пока не поверит в себя и свои возможности. Психологическая предрасположенность, ведущая к алкоголизации, формируется в детстве. Например, родители ставили перед ребенком высокие планки, которым тот не мог соответствовать, отчего постепенно усиливалась психологическая травма, а во взрослом возрасте привела к алкоголизму из-за трудно переносимых индивидом требований и неоправданных ожиданий от него со стороны значимых людей. **Анализ психосоматической проблемы конкретного больного позволяет осуществлять более адекватное лечение и медико-психологическую помощь больному.** (Клиническая психология. Учебник для врачей/Под ред. Б.Д.Карвасарского;<https://bookap.info/genspy/clinspy/g138/shtm>).

---

**Составитель материала:** преподаватель Л.Д. Набатникова