

ПСИХОЛОГИЯ

Пособие для студентов БГУ,
обучающихся по специальностям
гуманитарного и естественнонаучного профиля

Под общей редакцией И. А. Фурманова

МИНСК
БГУ
2007

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
-------------------	---

Раздел 1. ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЮ

1.1. Психология как наука	5
1.2. Предмет психологии	6
1.3. Понятие о психике	7
1.4. Психика и деятельность	10
Литература	13

Раздел 2. ЛИЧНОСТЬ КАК СУБЪЕКТ ПОЗНАНИЯ И АКТИВНОГО ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ОКРУЖАЮЩЕГО МИРА И СЕБЯ

2.1. Биологическая подструктура личности	15
2.2. Психологическая подструктура личности	18
2.2.1. Ощущение	19
2.2.2. Восприятие	30
2.2.3. Представление	47
2.2.4. Память	49
2.2.5. Мышление	55
2.2.6. Язык и речь	61
2.2.7. Воображение	65
2.2.8. Внимание	67
2.2.9. Эмоции	71
2.3. Социальная подструктура личности	74
2.3.1. Приобретение социальных знаний, навыков и умений	75
2.3.2. Типы поведения личности	80
2.3.3. Экзистенциальная личность	81
2.4. Подструктура направленности личности	87
2.4.1. Потребности	87
2.4.2. Мотивация	95
2.4.3. Интересы	99
2.4.4. Ценностные ориентации	101
2.4.5. Мировоззрение	101
2.4.6. Я-концепция личности	102
2.4.7. Психологические защиты	105

2.5. Свойства личности	106
2.5.1. Темперамент	106
2.5.2. Характер	112
2.5.3. Способности	113
2.6. Психические состояния личности	124
2.6.1. Эмоциональные психические состояния	120
2.6.2. Взаимосвязь эмоциональных состояний и поведения	132
2.6.3. Функциональные психические состояния	142
2.6.4. Регуляция и саморегуляция психических состояний, аутогенная тренировка	146
Литература	148

Раздел 3. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

3.1. Предмет и основные задачи педагогической психологии	151
3.2. Психологические качества учителя	152
3.3. Педагогическое обучение	156
3.4. Психология учебной деятельности и личности школьника	159
3.5. Особенности психического развития ребенка в младшем школьном и подростковом-юношеском возрасте	162
3.5.1. Младший школьный возраст (6/7—11/12 лет)	163
3.5.2. Подростковый и юношеский возраст (12/13—19/20 лет)	171
3.6. Нарушения социальной адаптации ребенка в младшем школьном и подростковом возрасте	177
Литература	180

Раздел 4. СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

4.1. Социальная психология как наука	182
4.2. Социальный статус и роль. Социализация личности	182
4.3. Социальная установка. Социальный стереотип. Предубеждение	187
4.4. Общение	193
4.5. Конфликты и способы их разрешения	202
4.6. Социальная психология групп	209
4.7. Эффекты внутригруппового взаимодействия	222
Литература	225

Раздел 5. МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

5.1. Предмет и задачи медицинской психологии	226
5.2. Психологические проблемы и психические заболевания, характерные для юношеского возраста	226
5.3. Основы психологической помощи	237
Литература	257

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

5.1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Медицинская психология изучает психологические факторы возникновения, лечения и профилактики заболеваний. Практическая деятельность медицинских психологов направлена на охрану и укрепление здоровья населения, диагностику и профилактику психических расстройств, психологическую помощь больным, реабилитацию личности после болезни, повышение эффективности взаимодействия в медицинской среде. В Беларуси медицинские психологи работают в психиатрических клиниках и амбулаториях, психологических консультациях, детских домах, больницах общего профиля, службах экстренной психологической помощи, проводят судебно-психологические экспертизы.

Прежде чем мы рассмотрим основные психологические проблемы и психические заболевания, характерные для юношеского возраста, необходимо определить, что такое «психическое здоровье», от правильного понимания которого зависит и выявление болезней, и применение методов психологической помощи.

М. Ягода предлагает выделять шесть критериев психического здоровья:

- 1) позитивное отношение к собственной личности;
- 2) стремление к духовному росту и самореализации;
- 3) целостность личности (соответствие представлений о себе, самооценки, поведения, мотивов и потребностей человека);
- 4) автономия, самостоятельность;
- 5) адекватность восприятия реальности;
- 6) умение справляться с требованиями окружающего мира.

5.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ
И ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Особенности юношеского возраста, связанные с социализацией, физиологическим созреванием и личностными кризисами, определяют специфические проблемы в сфере поведения и

психических процессов. На сегодняшний день медицинские психологи выделяют несколько таких проблем: склонность молодежи к рискованному поведению, расстройства настроения, фобии, нервная анорексия и нервная булимия (т. е. расстройства пищевого поведения). Рассмотрим их более подробно.

Рискованное поведение. Одной из наиболее важных проблем, характерных для юношеского возраста, психологи считают рискованное поведение, т. е. такое поведение, осуществление которого несет потенциальную угрозу здоровью и жизни человека. Согласно данным медицинской статистики на долю несчастных случаев приходится приблизительно 5 % от всех смертей в юношеском возрасте, причем половину подобных трагедий молодые люди получают в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Чем может объясняться склонность к рискованному поведению в юношеском возрасте? Психологи выделяют несколько причин:

1) *недостаточный запас знаний молодых людей о своем здоровье и мерах по его сохранению.* Кроме того, из-за отсутствия жизненного опыта они просто не могут представить последствия некоторых своих действий. Например, подростку довольно трудно самостоятельно оценить, как изменит жизнь нежелательная беременность, хроническое заболевание и другие события. Подростки представляют жизненные перспективы недостаточно ясно, поэтому они не склонны чрезмерно заботиться о будущем;

2) *рискованное поведение как неотъемлемая составляющая процесса социализации.* Характерными особенностями юношеского возраста являются неустойчивая самооценка, зависимость от социального окружения, эмоциональная нестабильность, стремление к самостоятельности. Все это усиливает готовность к рискованному поведению;

3) *обусловленность рискованного поведения процессами биологического созревания, в частности, изменившимся гормональным фоном.* В результате усиливается потребность в острых ощущениях, приводящая к опасным поступкам;

4) *зависимость рискованного поведения от уровня притязаний и того, насколько выражена у человека потребность в безопасности.* Люди, склонные к риску, при рассмотрении возможных последствий своих поступков характеризуются тенденцией фокусироваться на положительных моментах, а люди, склонные к избеганию риска, — в большей степени на отрицательных моментах;

5) *рискованное поведение как средство реализации важных для личности мотивов.* Молодежь рискует больше, чем взрос-

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

5.1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Медицинская психология изучает психологические факторы возникновения, лечения и профилактики заболеваний. Практическая деятельность медицинских психологов направлена на охрану и укрепление здоровья населения, диагностику и профилактику психических расстройств, психологическую помощь больным, реабилитацию личности после болезни, повышение эффективности взаимодействия в медицинской среде. В Беларуси медицинские психологи работают в психиатрических клиниках и амбулаториях, психологических консультациях, детских домах, больницах общего профиля, службах экстренной психологической помощи, проводят судебно-психологические экспертизы.

Прежде чем мы рассмотрим основные психологические проблемы и психические заболевания, характерные для юношеского возраста, необходимо определить, что такое «психическое здоровье», от правильного понимания которого зависит и выявление болезней, и применение методов психологической помощи.

М. Ягода предлагает выделять шесть критериев психического здоровья:

- 1) позитивное отношение к собственной личности;
- 2) стремление к духовному росту и самореализации;
- 3) целостность личности (согласованность представлений о себе, самооценки, поведения, мотивов и потребностей человека);
- 4) автономия, самостоятельность;
- 5) адекватность восприятия реальности;
- 6) умение справляться с требованиями окружающего мира.

5.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ
И ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Особенности юношеского возраста, связанные с социализацией, физиологическим созреванием и личностными кризисами, предопределяют специфические проблемы в сфере поведения и

психических процессов. На сегодняшний день медицинские психологи выделяют несколько таких проблем: склонность молодежи к рискованному поведению, расстройства настроения, фобии, нервная анорексия и нервная булимия (т. е. расстройства пищевого поведения). Рассмотрим их более подробно.

Рискованное поведение. Одной из наиболее важных проблем, характерных для юношеского возраста, психологи считают рискованное поведение, т. е. такое поведение, осуществление которого несет потенциальную угрозу здоровью и жизни человека. Согласно данным медицинской статистики на долю несчастных случаев приходится приблизительно 5 % от всех смертей в юношеском возрасте, причем половину подобных трагедий молодые люди получают в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Чем может объясняться склонность к рискованному поведению в юношеском возрасте? Психологи выделяют несколько причин:

1) *недостаточный запас знаний молодых людей о своем здоровье и мерах по его сохранению.* Кроме того, из-за отсутствия жизненного опыта они просто не могут представить последствия некоторых своих действий. Например, подростку довольно трудно самостоятельно оценить, как изменит жизнь нежелательная беременность, хроническое заболевание и другие события. Подростки представляют жизненные перспективы недостаточно ясно, поэтому они не склонны чрезмерно заботиться о будущем;

2) *рискованное поведение как неотъемлемая составляющая процесса социализации.* Характерными особенностями юношеского возраста являются неустойчивая самооценка, зависимость от социального окружения, эмоциональная нестабильность, стремление к самостоятельности. Все это усиливает готовность к рискованному поведению;

3) *обусловленность рискованного поведения процессами биологического созревания, в частности, изменившимся гормональным фоном.* В результате усиливается потребность в острых ощущениях, приводящая к опасным поступкам;

4) *зависимость рискованного поведения от уровня притязаний и того, насколько выражена у человека потребность в безопасности.* Люди, склонные к риску, при рассмотрении возможных последствий своих поступков характеризуются тенденцией фокусироваться на положительных моментах, а люди, склонные к избеганию риска, — в большей степени на отрицательных моментах;

5) *рискованное поведение как средство реализации важных для личности мотивов.* Молодежь рискует больше, чем взрос-

лые, потому что им необходимо на собственном опыте проверить свои способности.

Исследования безопасного поведения показывают, что оно определяется субъективным восприятием риска болезни либо несчастного случая, представлениями индивида о данной болезни, а также восприятием собственной способности осуществлять необходимые для защиты здоровья действия.

Субъективное восприятие риска редко бывает точным. Скорее наблюдается тенденция недооценивать вероятность возникновения болезни (неоправданный оптимизм). Причины этой недооценки могут быть различными: недостаток сведений о факторах риска, искажения при переработке информации (например, недостаточный учет последствий собственного поведения, игнорирование негативных, вызывающих тревогу фактов), стремление к поддержанию положительной самооценки, уверенности в своих силах. Но даже если человек точно оценивает свой риск, это еще не означает, что он будет заботиться о своем здоровье.

Важным фактором безопасного поведения является *воспринимаемый контроль*, т. е. оценка индивидом своей способности целенаправленно воздействовать на ситуацию и достигать намеченных целей. Чем выше воспринимаемый контроль, тем больше вероятность того, что человек будет предпринимать какие-либо меры по защите собственного здоровья. Помимо непосредственного (через поведение) влияния на здоровье воспринимаемый контроль может улучшить физическое состояние человека за счет физиологического возбуждения, которое обычно сопровождается успешными целенаправленными действиями.

Таким образом, психологи рекомендуют в качестве методов обеспечения здорового образа жизни адресное информирование людей о риске заболевания и повышение у них чувства контроля над своим здоровьем.

Злоупотребление психоактивными веществами (далее в тексте — ПАВ). Это одни из самых опасных и распространенных видов рискованного поведения, которые начинаются обычно в юношеском возрасте. *Психоактивными* называются любые вещества, способные при однократном приеме изменять настроение, физическое состояние, самочувствие, восприятие окружающего мира, поведение либо приводить к другим желаемым для их потребителей психологическим эффектам. Психоактивные вещества в зависимости от их действия можно разделить на четыре группы.

1. *Стимуляторы* — вещества, увеличивающие активность центральной нервной системы. Это выражается в повышении ар-

териального давления и частоты сердечных сокращений, ускорении темпа протекания психических процессов, повышении пульсировности и эмоциональной реактивности. К таким веществам относятся кокаин и амфетамины, кофеин и никотин.

2. *Депрессанты* — вещества, понижающие активность центральной нервной системы. К ним относятся алкоголь, наркотики опиоиды и его производных, а также транквилизаторы (успокаивающие препараты).

3. *Галлюциногены* — вещества, изменяющие процесс восприятия, вызывающие обманы чувств, галлюцинации, в некоторых случаях — бред, а также значительные нарушения эмоционального состояния. Это алкалоид диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД), экстази, мескалин, псилобицин, циклодол. Психологические эффекты при употреблении галлюциногенов колеблются от легких изменений восприятия до ярких галлюцинаций, кроме того, наблюдается эйфория. К соматическим последствиям можно отнести учащение сердцебиения, повышение артериального давления и температуры, расширение зрачков. При передозировке характерны галлюциноз (выраженные, обильные галлюцинации, которые могут сопровождаться бредом), страх, тревога, депрессия, идеи отношения, деперсонализация и дереализация. Наблюдаются неясность зрения, потливость, нарушения координации.

4. *Каннабис* — группа препаратов, полученных из различных сортов конопли (от лат. cannabis — конопля). Оказывают смешанное действие: и стимулирующее, и успокаивающее, и галлюциногенное. Наиболее распространенные из этих препаратов — гашиш, анаша и марихуана. При их приеме у человека отмечаются безудержное веселье, искажение восприятия пространства, времени, потеря ощущения подлинности собственного «Я», чувства реальности происходящего, иногда зрительные галлюцинации. При передозировке могут возникнуть коматозное состояние, спутанность сознания, стойкие и яркие галлюцинации, нарушение схемы тела и сферы ощущений. Употребление психоактивного вещества может привести к возникновению физической и психологической зависимости от него (т. е. к алкоголизму и наркомании).

Физическая зависимость характеризуется появлением чувства физического комфорта при приеме вещества и наличием *синдрома отмены (абстинентного синдрома)* при внезапном прекращении его употребления. Этот синдром включает чувство общего дискомфорта, боли различной локализации, резкое усиление тяги к употребляемому веществу, состояние физического и психического истощения, тревогу, значительное снижение настроения,

а также нарушения со стороны вегетативной нервной системы, например: усиленное потоотделение, тошноту, рвоту, учащенное сердцебиение, повышение секреции слюнных желез, расстройства пищеварения. Специфика абстинентного синдрома в каждом конкретном случае определяется твердо установленными характеристиками ПАВ. Несмотря на то что многие люди, страдающие зависимостью от вещества, считают синдром отмены более тяжелым, чем сама зависимость от психоактивных веществ, многие специалисты в этом вовсе не уверены. Они утверждают, что сила проявления абстинентного синдрома преувеличивается с целью оправдать нежелание отказаться от наркотиков.

Психологическая зависимость характеризуется возникновением чувства психологического комфорта при приеме вещества и непреодолимым желанием вновь его употребить, чтобы ощутить желаемый эффект или подавить негативные психические явления. В некоторых случаях влечение может проявляться не менее остро и интенсивно, чем жажда или голод, а добыча вещества осуществляется любыми путями.

Важным критерием зависимости является развитие *толерантности*, т. е. способности переносить возрастающие дозы употребляемого вещества и необходимости в непрерывном увеличении дозы для достижения желаемого эффекта. Одним из проявлений толерантности является исчезновение защитных реакций организма, например, отсутствие рвоты при передозировке.

В медицинской психологии разработаны несколько подходов к объяснению причин развития зависимости, например, неспособность человека иным путем регулировать свое эмоциональное состояние, воздействие ближайшего социального окружения (противоречивые семейные нормы в отношении употребления вещества, отсутствие контроля со стороны родителей, давление группы сверстников, особое значение имеет обучение правилам употребления вещества), непреодолимое биологическое воздействие, которое оказывает вещество на человека.

Фобия (от греч. *phobos* — страх) — устойчивый страх какого-либо объекта или явления. Человек, страдающий фобией, испытывает сильный стресс не только при столкновении с объектом своего страха, но даже и при мысли о нем. Постепенно у него развивается стремление избегать ситуаций, в которых он может испытать страх. Такое поведение вначале приносит больному некоторое облегчение. Тем не менее оно негативно влияет на его дальнейшую судьбу. Чем реже человек сталкивается с пугающим стимулом, тем меньше у него возможности убедиться в том, что этот

стимул не представляет для него никакой серьезной опасности. Избегающее поведение способно принести больному не меньше страданий, чем сам страх. Рассмотрим основные виды фобий.

Все фобии принято подразделять на специфические (изолированные) фобии, социальную фобию и агорафобию.

Специфические фобии вызваны определенным объектом. Это, например, страх перед каким-либо заблуждением (кактофобия, кардиофобия), перед змеями и насекомыми, страх воды, а также клаустрофобия — боязнь замкнутых пространств. Обычно такого рода страхи появляются в детстве или в подростковом возрасте, характеризуются значительной устойчивостью. Вместе с тем, если человек способен успешно избегать этих объектов, специфические фобии не оказывают такого разрушающего влияния на жизнь, как социальная и агорафобия.

Социофобия является достаточно распространенной психологической проблемой в подростковом и юношеском возрасте. Она проявляется в страхе внимания со стороны окружающих и связанном с этим стремлении избегать ситуаций общения и знакомства, публичных выступлений. При этом социофобия наиболее сильно проявляется, когда человек находится в небольших компаниях или общается с кем-либо один на один. В обезличенной толпе он может чувствовать себя значительно лучше. Индивид, страдающий социофобией, не хочет стать объектом внимания со стороны окружающих, поскольку он опасается их критики, не уверен в себе. Особенно болезненно в подростковом возрасте воспринимается негативная оценка со стороны сверстников противоположного пола. Подросток заранее уверен в том, что окружающие оценят его негативно. От обычной застенчивости социофобия отличается большей длительностью, высоким уровнем стресса, который постоянно испытывает человек, и, наконец, избегающим поведением. Возникновение социофобии может быть обусловлено особенностями раннего социального опыта (отвержение, насмешки со стороны близких), научением (отсутствие адаптивных стратегий общения, образцов уверенного поведения), а также чрезмерно жесткими стандартами поведения и внешнего вида, закрепленными в культуре. Как считает известный социолог И. Гоффман, важнейшая цель человека в современном обществе — создание и поддержание желательного имиджа. Манипулируя впечатлением, которое он производит на других людей, индивид удовлетворяет свои потребности — в признании, уважении, любви. Таким образом, он как бы своего рода «актер», разыгрывающий перед публикой свою «пьесу», как и профессиональный

актер, подвергается опасности стать объектом осуждения и насмешек. Поэтому И. Гоффман полагает, что социофобия является типичной болезнью современного общества.

Агорафобия (от греч. *агога* — торговая площадь) выражается в страхе открытых пространств, толпы, пребывания вне дома, путешествия в поезде, самолете одному. Это самое тяжелое из фобических расстройств. Оно приводит к тому, что пациент или пациентка (в основном агорафобией страдают женщины) месяцами или годами не может выйти из дома без сопровождения. Больные боятся остаться в незнакомом месте без помощи, а также испытывают страх потерять над собой контроль, сойти с ума.

Одним из наиболее эффективных способов помощи людям, страдающим фобиями, является поведенческая психотерапия, методы которой будут обсуждаться ниже.

Депрессия. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения в XXI в. депрессия станет самым распространенным из всех психических расстройств. Как правило, депрессия впервые возникает у человека в юношеском возрасте. Важными ее признаками являются длительное и устойчивое снижение настроения, нарушения сна, аппетита, самооценки, необъяснимое чувство вины, пессимистическое отношение к будущему, потеря веса, снижение продуктивности любой деятельности, мысль о самоубийстве.

Депрессию необходимо отличать от наблюдающихся у человека приступов плохого настроения. Обычно изменения настроения у здоровых людей связаны с какими-либо определенными жизненными ситуациями и сопровождаются негативным отношением к себе, окружающему миру и будущему. Негативные эмоции у здорового человека служат в какой-то мере побуждают его к изменению поведения и анализу собственных ошибок. При депрессии, напротив, негативные эмоции парализуют активность человека, так как он убежден в своей ничтожности, безнадежности каких-либо попыток изменить существующую ситуацию. Человек, страдающий депрессией, во всех неудачах обвиняет себя, а удачу приписывает себе или влиянию окружающих людей.

Депрессия особенно опасна тем, что она способствует снижению активности человека, обострению хронических заболеваний, может привести к самоубийству. Человек в состоянии депрессии обязательно нуждается в помощи врача или психолога, он не может излечиться самостоятельно.

Суицид. Каждый год в мире 160 тыс. человек заканчивают жизнь самоубийством, а 2 млн человек предпринимают незавершенные суицидальные попытки. Однако эти цифры не вполне

точные, так как во многих культурах суицид осуждается, а в некоторых странах карается законом, поэтому люди скрывают информацию о суицидах. Суицидальное поведение не включено в перечень психических расстройств, однако оно может быть вызвано серьезными психологическими проблемами или заболеваниями.

Э. Шнейдман в своих работах выделяет четыре типа суицидентов.

1. Искатели смерти — стремятся умереть в момент совершения суицидальной попытки, хотя это стремление уже через небольшой промежуток времени может смениться сомнениями.

2. Инициаторы смерти — стремятся умереть, поскольку считают, что не выживут неизбежно. К ним могут относиться, например, неизлечимые больные люди.

3. Суициды смерти — полагают, что будут счастливы в другом мире.

4. Игры со смертью — для них характерна двойственность по отношению к собственной смерти, даже в момент совершения суицидальной попытки.

Кроме того, в некоторых случаях человек косвенным, бессознательным образом ускоряет свою кончину (тяжело больной человек не обращается к врачу).

Основными факторами, которые оказывают сдерживающее или способствующее влияние на суицид, являются:

- нормы культуры (в некоторых культурах число суицидов велико, в других — очень маленькое);

- набожность (глубоко верующие люди реже совершают суицидальные попытки);

- пол (женщины в 3 раза чаще совершают суицидальные попытки, однако в то же время их попытки в 3 раза реже оказываются завершенными);

- семейное положение (наиболее высок риск суицида для разведенных, далее для вдовых, одиноких и наиболее низок он для состоящих в браке людей);

- стресс;

- тяжелая болезнь;

- возраст (чем старше человек, тем выше риск суицида, хотя в последнее время во многих странах увеличивается количество суицидальных попыток, которые совершают дети и подростки);

- суицидальные попытки у членов семьи (они увеличивают риск суицида в этой семье);

- психические расстройства (здесь наиболее связаны с суицидом депрессия, шизофрения, зависимость от психоактивных веществ);

- подражание харизматическим личностям или просто героям газетных публикаций. Установлено, что после публикации в газетах подробной статьи о самоубийстве (особенно популярного в этой местности человека) число суицидов увеличивается.

Важной задачей является распознавание и предотвращение суицидального поведения. По многочисленным данным о суицидальной настроенности человека свидетельствуют:

- суицидальные угрозы. Вопреки распространенному в обществе заблуждению о том, что люди, угрожающие покончить с собой, никогда этого не сделают, ретроспективные исследования показывают, что значительная часть самоубийц в той или иной форме говорили с близкими и знакомыми о своей смерти;

- явное снижение социальной адаптации;

- повышенная частота визитов к врачу;

- синдром «завершения дел»: человек отдает долги, просит прощения у тех, кого он обидел, дарит знакомым любимые вещи, пишет письма, приводит в порядок бумаги и т. д.;

- предшествующие суицидальные попытки (до 60 % таких людей совершают повторный суицид).

Человек с суицидальными мыслями нуждается в срочной психологической помощи. В Беларуси такая помощь предоставляется в психиатрических больницах и амбулаторий оказывается анонимно в кабинетах социально-психологической помощи, а также специалистами телефонов доверия.

Нервная анорексия и нервная булимия. Эти заболевания являются типичными для молодых девушек, однако в последнее время ими все чаще страдают юноши.

Хотя «анорексия» в переводе с греческого означает «отсутствие аппетита», в действительности основным признаком данного заболевания является вовсе не снижение потребности в еде, а навязчивое стремление улучшить свою фигуру, даже если в ней нет существенных недостатков. На первых этапах развития анорексии попытки могут ограничиваться очень сильным чувством голода, которое они стараются компенсировать активной деятельностью, угощением членов семьи, разглядыванием витрин продовольственных магазинов, чтением книг по кулинарии и т. п. Чтобы добиться снижения веса, больные обязательно ограничивают себя в пище, а также прибегают к интенсивным физическим упражнениям, приему мочегонных и слабительных препаратов. К сожалению, добив-

шись улучшения пропорций фигуры, пациентки уже не могут остановиться и продолжают голодать. Постепенно они теряют 15 % и более от нормальной массы тела, что приводит к возникновению нарушений в работе эндокринной и сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, полному исчезновению жировой прослойки, выпадению зубов и волос. Смелость при нервной анорексии составляет 5 %, что является самым высоким показателем для всех психических заболеваний.

Развитие нервной анорексии можно разделить на три этапа.

Первый этап начинается с возникновения отрицательного отношения к собственному телу. Пациентки-подростки часто под влиянием критических замечаний окружающих, а иногда и без заметного на первый взгляд повода начинают беспокоиться о своей «непропорционально большой фигуре», «широких бедрах», «большом животе». Они пробуют различные способы похудеть, читают специальную литературу, консультируются с подругами, однако их попытки уменьшить вес пока еще недостаточно целенаправленные и последовательные.

На втором этапе больные переходят к активной коррекции своей фигуры с помощью диеты, вызывания рвоты, приема слабительных, чрезмерных физических упражнений. Потеря веса и страх поправиться доминируют в клинической картине. Пациенток не интересует ничего, кроме контроля над приемом пищи, они замыкаются в себе, перестают общаться с друзьями и членами семьи, при попытке заговорить о еде становятся раздражительными и даже агрессивными.

Третий этап характеризуется общим психическим и физическим истощением, значительным снижением массы тела, отсутствием критического отношения больных к своему состоянию, нарушением жизненно важных функций организма. Больные становятся вялыми и апатичными. Может наступить летальный исход.

Наиболее часто в качестве причины нервной анорексии рассматриваются идеал «стройного тела», присущий большинству современных культур, особенности семейного воспитания (преувеличенное внимание к процессу приема пищи, попытки манипулировать ребенком с помощью еды), личностные качества больных (энергичность, высокая мотивация достижения, упорство, мнительность, обидчивость).

Много общих черт с нервной анорексией имеет нервная булимия. Причину, по мнению многих специалистов, следует искать в культурных нормах. Больные боятся располнеть, ограничивают себя в еде, однако не в состоянии вести себя таким образом долгое

время. Так возникают булимические приступы. Больные за короткое время поглощают огромное количество продуктов, а затем, чувствуя вину, вызывают у себя рвоту или прибегают к другим методам снижения веса. Сначала рвота не доставляет большим удовольствия, но в некоторых случаях потребность в ней становится непреодолимой. Помимо навязчивых действий булимия включает комплекс эмоциональных расстройств. Как правило, стимулом к возникновению булимического приступа является изменение эмоционального состояния. Аналогично аноректикам пациенты с булимией придают огромное значение соответствию своей фигуры избранному идеалу. Изменения внешности сразу же сказываются на их самооценке, которая, таким образом, постоянно колеблется. Булимия влечет за собой многие физические проблемы: нарушение кислотно-щелочного баланса в организме, кариес, изменения в работе сердца, гастрит.

Со страхом ожирения связана еще одна проблема — навязчивое следование диете, т. е. попытки людей ограничить себя в еде, не прибегая к советам медиков, исключительно ради снижения веса. С таким поведением связаны многочисленные физические и психологические проблемы:

- диета у многих людей вызывает состояние стресса и страх поправиться;
- не все способны ограничивать себя в еде постоянно. В результате человек то сбрасывает вес благодаря диете, то снова набирает его из-за приступов булимии. По мнению врачей, подобные колебания веса приводят к нарушению работы сердца, вызывают патологию опорно-двигательного аппарата;
- диета нарушает нормальный механизм формирования аппетита, в результате человек начинает испытывать сильное чувство голода, все его мысли заняты едой;
- наконец, следует помнить, что ни одна диета не поможет радикально изменить вес, особенно человеку с клинически выраженным ожирением.

Следование диете позволяет достичь сразу двух социально одобряемых целей: стройной фигуры и контроля над собственными желаниями и внешним видом. Однако телесный идеал, к которому стремятся многие люди, ограничивающие себя в еде, подразумевает отречение от уникальности собственного тела и негативную его оценку.

Стараясь снизить вес, человек часто прибегает к различным вспомогательным средствам для коррекции фигуры, например:

принимает «сжигатели жира» и другие аналогичные препараты. К сожалению, в рекламе этих веществ не упоминается о том, что все они являются не лекарствами, а биологически активными добавками и их долговременное влияние на организм никто никак не проверяется. Большинство подобных рекламных роликов апеллируют к одному из самых распространенных человеческих недостатков — лени, т. е. они обещают прекрасный результат без малейших усилий со стороны потребителя. Диета — только модное увлечение, но и доходный бизнес, который в США, например, приносит прибыли около 50 млрд долл. в год, поэтому не всем сообщениям об эффективных способах коррекции фигуры следует доверять.

5.3. ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Психологическая помощь является важнейшей практической задачей медицинской психологии. Она направлена на решение психологических проблем человека, выявление и развитие его способностей, улучшение эмоционального состояния. Можно выделить различные направления такой помощи: консультирование, психотерапию, тренинг. *Консультативная помощь* оказывается преимущественно здоровым людям, испытывающим определенные жизненные затруднения; *психотерапия* направлена на помощь человеку, страдающему каким-либо психическим расстройством; целью *тренинга* является выработка новых психологических навыков и способностей. Любое из этих направлений психологической помощи опирается на определенный теоретический подход, в котором определяются психическая норма, причины появления психологических проблем, а также методы и цели психологического вмешательства. Можно выделить несколько таких подходов: поведенческий, когнитивный, психодинамический, гуманистический и экзистенциальный.

Поведенческий (бихевиористский) подход. Его сторонники утверждают, что единственным психологическим феноменом, доступным объективному исследованию, является поведение человека. Отсюда произошло и название этого направления — бихевиоризм (от англ. behaviour — поведение). Позднее бихевиористы стали рассматривать в качестве объектов изучения и коррекции и некоторые другие психологические феномены, поддающиеся четкой регистрации, например эмоции.

Большой вклад в формирование представлений бихевиористов о человеческом поведении оказали эксперименты с дрессировкой животных и работы И. П. Павлова о выработке условных рефлексов. Поведенческие психотерапевты утверждают, что все проявления человеческого поведения сформированы посредством научения.

Э. Торндайк выделил три закона научения, посредством которых вырабатываются новые формы поведения или навыки:

а) *закон упражнения*: чем чаще повторяются действия, тем прочнее они закрепляются;

б) *закон эффекта*: в упрочении или ослаблении навыков важная роль принадлежит «награде» (поощрению необходимых действий) и «наказанию» за ненужные или нежелательные действия. Позже Б. Скиннер показал, что во многих случаях достаточно вознаграждать правильные формы поведения и игнорировать ненужные;

в) *закон готовности*: на возможность и быстроту обучения каким-либо навыкам влияет готовность организма приобрести этот навык.

Если человек рассматривает свое поведение как спонтанное, не вынуждаемое только лишь внешними воздействиями, то обучение происходит более успешно.

Основой для научения любому виду деятельности служит безусловный рефлекс, или врожденная, генетически обусловленная реакция организма. На основе безусловного рефлекса формируются путем условно-рефлекторного (классического) научения или оперантного обусловливания новые поведенческие навыки.

Условно-рефлекторное (классическое) научение происходит благодаря систематическому сочетанию условного (не вызывающего врожденной реакции) и безусловного стимулов перед определенной реакцией. В результате условный стимул начинает вызывать эту реакцию.

При оперантном обусловливании поведение человека подкрепляется его результатами. Такое подкрепление может происходить случайно или быть следствием чьего-либо целенаправленного поведения. Например, если нам нравится поведение какого-либо человека, мы бываем с ним более приветливы, что можно рассматривать как подкрепление.

Главной характеристикой человека бихевиористы полагают совокупность опыта или поведенческих стратегий (навыков), которые он приобрел в течение жизни.

Психические расстройства и психологические проблемы рассматриваются как приобретенные неадаптивные модели поведения. Например, реакция страха может возникнуть в результате классического обусловливания, при котором вначале нейтральный стимул действует вместе со стимулом, вызывающим страх. Таким образом, формируется реакция страха, например, связанная на уменьшение тревоги. Она не позволяет человеку испытывать настолько сильный страх, чтобы выжило угнетение, т. е. он не имеет возможности убедиться, что данный стимул безопасен. Следовательно, уменьшение беспокойства еще больше подкрепляет условную эмоциональную реакцию страха.

Одним из способов усвоения эмоциональных реакций является наблюдение и подражание (т. е. гипотетически возможно возникновение симптомов психической болезни без непосредственного воздействия психотравмирующих стимулов). Деятельностью подражательской реакции ее сторонники считают высокую частоту совпадений между наличием страхов у членов одной и той же семьи, которые обнаруживаются в эмпирических исследованиях. Отсутствие надлежащей тренировки в детстве (вследствие специфики семейного воспитания) также может привести к неуверенному, избегающему поведению.

Основной целью поведенческой психотерапии является устранение неадаптивных форм поведения или замена их «адаптивными», «желательными», что достигается путем научения. Эти цели могут быть достигнуты:

а) в реальных условиях, где имеет место проявление психических симптомов;

б) смоделированной ситуации, имитирующей реальные условия;

в) воображаемой ситуации, где в расслабленном состоянии пациент представляет психотравмирующую ситуацию.

В последнее время большой популярностью пользуются *групповые тренинги умений*, на которых в присутствии группы оттачиваются навыки тех или иных форм поведения. В этих случаях для более успешного формирования нужного поведения применяются эффекты *группового давления*, открытые в социальной психологии.

Когнитивный подход. Основные идеи когнитивного подхода в психотерапии были сформулированы в 60-х гг. XX в. А. Бекком и А. Эллисом. Его конечной задачей является модификация не соответствующих реальности убеждений и ошибочных способов переработки информации (они и вызывают психологические проблемы и психические расстройства).

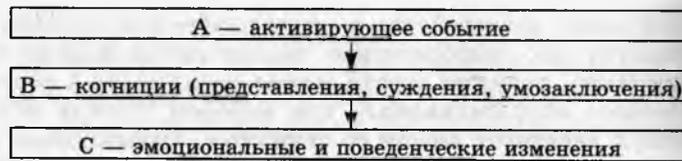


Рис. 5.1. Схема взаимосвязи ситуации, эмоций и поведения (согласно когнитивному подходу)

Когнитивная психотерапия утверждает, что эмоциональное состояние человека можно объяснить особенностями его мышления (рис. 5.1).

Когнитивная модель любого расстройства включает три когнитивных параметра:

- 1) элементы;
- 2) процессы;
- 3) содержание.

К когнитивным элементам относятся автоматические мысли, связанные с переработкой текущей информации, и базисные посылки, включенные в систему глубинных представлений индивида о себе и об окружающем мире. На субъективном уровне автоматические мысли переживаются как правдоподобные, базисные посылки, как правило, слабо осознаются человеком.

Когнитивные процессы при психическом расстройстве не столько отражают реальность, сколько обеспечивают соответствие вновь поступившей информации старым и гибким представлениям (базисным посылкам). Из-за этого в них много искажений. Можно выделить следующие разновидности искажающих когнитивных процессов:

- произвольные умозаключения (не основанные на фактах);
- селективное абстрагирование (выделение только одного аспекта ситуации или ее оценке);
- черно-белое мышление (отсутствие промежуточных оценок ситуации);
- проекцию (приписывание себе либо другим людям неправдой ответственности за развитие ситуации);
- максимизацию/минимизацию (преуменьшение либо преувеличение каких-либо аспектов ситуации).

Когнитивное содержание специфично для каждого расстройства. Например, А. Бек считает, что для депрессии характерна так называемая когнитивная триада: негативная оценка себя, окружающего мира и будущего. Кроме того, он полагает, что типич-

ной для депрессии является и «тирания долженствования», т. е. мысли больного о том, что он всегда должен быть высокопродуктивным.

Основные принципы когнитивной терапии сводятся к следующему. Терапия начинается с представления клиенту ее модели (см. схему на рис. 5.1). Весь процесс терапии строится на активное сотрудничество терапевта и клиента в выявлении и изменении автоматических мыслей и базисных посылок. Используются методы дискуссии, выдвижения альтернативных гипотез для объяснения проблемной ситуации и т.

Психодинамический подход. Теория психоанализа была разработана З. Фрейдом в конце XIX — начале XX в. Он предположил, что движущей силой развития психики человека является особая разновидность энергии — либидо, связанная с инстинктами. Человек свободно проявляет часть инстинктивных потребностей. Однако реализация некоторых из них ограничивается моральными требованиями человеческого сообщества. Два ограничиваемых стремления (Эрос и Танатос) З. Фрейд объединил в одну потребность — стремление к удовольствию, которое является основной потребностью, мотивирующей поведение человека.

В предложенной З. Фрейдом модели психики содержатся следующие три элемента: Супер-Эго («сверх-Я»), Эго («Я»), Ид («Оно»).

Супер-Эго — это та часть Эго, в которой развиваются самонаблюдение, самокритика и другие виды рефлексивной деятельности. Здесь содержатся родительские назидания и усвоенные человеком за время его развития социальные установки. Это источник моральных и религиозных чувств, исполняющий роль критика и цензора. Супер-Эго требует от Эго, осуществляющего действия в реальности, чтобы то подчинялось его правилам. Энергетический потенциал Супер-Эго находится в бессознательном, но содержание Супер-Эго определяется обществом.

Эго выделилось в психическом пространстве человека под влиянием реальности. З. Фрейд связал его с умом и здравым смыслом. Эго следует принципу реальности, вырабатывая механизмы, позволяющие адаптироваться к среде и справляться с ее требованиями. Чтобы выбрать те или иные действия в окружающем мире, Эго оценивает среду, потребности организма и свое собственное состояние и поведение. К функциям Эго относятся самосохранение организма, запечатление опыта внешних воздействий в памяти, избегание устрашающих влияний, контроль над требованиями инстинктов, исходящих от Ид.

Ид — это наиболее примитивная психическая инстанция, охватывающая все врожденное, генетически первичное, связанное с жизнью тела и подчиненное принципу удовлетворения биологических потребностей. Ид ничего не знает ни о реальности, ни об обществе, оно иррационально и аморально. Его контролирует согласно интериоризованным социальным установкам инстанция Супер-Эго. Ид требует от Эго, связанного с реальностью, чтобы то подчинялось его требованиям.

Супер-Эго и Ид являются антагонистическими структурами личности и находятся в состоянии конфликта. Если Эго примет решение или совершит действия в угоду Ид, то благодаря Супер-Эго оно испытает наказание в виде чувств вины, укоров совести. В случае подчинения его требованиям только Супер-Эго и блокировки реализации потребностей, исходящих от Ид, их энергетическое давление вызовет личностное напряжение и тревогу. Поскольку требования к Эго со стороны Ид, Супер-Эго и реальности не совместимы, то неизбежно пребывание Эго в ситуации конфликта и напряжения, от которого личность спасается с помощью специальных защитных механизмов — вытеснения, проекции, регрессии, отрицания, расщепления, замещения и др.

В психоаналитическом подходе возникновение психических расстройств связывается с динамикой бессознательных процессов. В классическом психоанализе психическая болезнь рассматривается как следствие проблем на одной из стадий развития ребенка. Основную часть этих проблем составляют конфликты между ним и матерью, связанные, например, с отвержением, фрустрацией потребности в автономии, противоречивыми требованиями матери. Чем острее данные конфликты, тем серьезнее будут психопатологические синдромы у взрослого. Таким образом, в психоанализе никакая психологическая проблема не может возникнуть у взрослых случайно, ее тяжесть и разновидность будут определяться особенностями психической истории индивида. З. Фрейд ввел термин «регрессия», означающий ситуацию, при которой Ид, Эго и Супер-Эго не получают должного развития и которая приводит к тому, что человек задерживается на одной из ранних стадий психогенеза. Впоследствии, когда он во взрослой жизни сталкивается со сложной, неразрешимой ситуацией, то свойства его эмоционального и поведенческого реагирования будут соотносены со способами реагирования, доступными ребенку в данном возрастном периоде.

Психоаналитическая терапия начинается с диагностики, целью которой является совместный с клиентом анализ содержания его бессознательного. Материалом для такого анализа служат сновидения, продукты человеческого творчества и сами взаимоотношения клиента и психотерапевта. Этот анализ отделился от процесса лечения и составляет важнейшую его часть. З. Фрейд обнаружил, что в ситуации психотерапии клиент символически возвращается (регрессирует) на одну из более ранних стадий развития и демонстрирует через свои взаимоотношения с врачом поведение, характерное для его взаимоотношений с родителем. Таким образом, психоаналитик может определить проблемы пациента, имевшие место в данном возрастном периоде. В свою очередь, анализ отношения терапевта к пациенту (так называемого контрпереноса) также позволяет уточнить состояние пациента. Многие современные психоаналитики (например, Х. Кохут) полагают, что сама оппозиция между терапевтом и клиентом могут являться целевыми факторами.

В психодинамическому подходу относятся и некоторые оригинальные направления, которые начали развиваться в начале XX в. В основе классического психоанализа: аналитическая психология К. Г. Юнга и индивидуальная психология А. Адлера.

Аналитическая психология и психотерапия К. Г. Юнга. Швейцарский психиатр и психолог К. Г. Юнг в начале своего научного пути был приверженцем идей З. Фрейда, но затем разработал собственное направление в психологии и психотерапии.

Личность с точки зрения К. Г. Юнга дихотомична. Самыми важными составляющим *личностной структуры* он также, как и З. Фрейд, считал две противоположные сферы: сознание и бессознательное, причем более важное значение принадлежит бессознательному. Функция сознания заключается в том, чтобы поддерживать взаимоотношения между различными элементами Эго и осуществлять приспособление и ориентацию в окружающей среде.

К. Г. Юнг считал, что бессознательное обладает творческим началом, однако не может претендовать на верховную роль в отношении сознания, и его импульсам не следует слепо доверять. Сознание должно защищать себя от хаотической жизни бессознательного. Психическая жизнь напоминает взаимодействие молота и наковальни (сознания и бессознательного), и человек «выковывается» между ними в неразрывное целое — в индивидуальность. Бессознательное расслаивается на две составляющие:

индивидуальное, или личное, и коллективное. Последнее является базовым элементом не только в структуре бессознательного, но и всей личности в целом.

Содержание *индивидуального бессознательного* обусловлено личным опытом индивида. Это слой души, где содержится то, что личность подавила в себе или забыла. Другими словами, та часть бессознательного, которая может быть осознана. Наиболее значимыми составляющими индивидуального бессознательного являются тень, Анима (Анимус) и самость. *Тень* — один из личностных архетипов. Ее содержание — это вытесненные при формировании персоны желания, тенденции, переживания, которые отрицаются сознательным Эго, как несоместимые с ней. Это то, чем человек не хотел бы быть. Эго соотносится с тенью, как свет с мраком. *Анима* — бессознательная женская сторона личности мужчины, в то время как *Анимус* — бессознательная мужская сторона личности женщины. Соответственно любой индивид бисексуален и несет в себе черты собственного и вытесненные черты противоположного пола. Содержание Анимы (Анимуса) обусловлено опытом взаимоотношений с лицами противоположного пола и в первую очередь с матерью и отцом, в связи с чем они могут иметь или положительный аспект, или отрицательный. На содержание Анимы (Анимуса) оказывают также влияние архетипические образы, содержащиеся в той культуре, в которой развивается индивид. *Самость* — архетип целостности, основной регулирующий центр личности. Это объединяющий сознание и бессознательное принцип. В самости заключена индивидуальная неповторимость человека и поэтому она является высшей властью в судьбе индивида. К. Г. Юнг писал, что самость — это наша жизненная цель, потому что это наиболее полное выражение индивидуальности.

Коллективное бессознательное — структурный уровень человеческой психики, содержащий наследственные элементы. Это базовый внеличностный компонент личности или трансперсональная психика. По выражению К. Г. Юнга, оно содержит все духовное наследие человеческой эволюции, рождаемое каждый раз заново мозговой структуре отдельного человека. Содержание коллективного бессознательного — *архетипы*, или «архаические остатки», которые можно обнаружить в мифологических мотивах. В этом отношении К. Г. Юнг опирался на мнение историков культуры, которые обнаружили поразительное сходство в мотивах поведения героев мифов и сказок всех народов мира. Он

полагал, что как строение тела восходит к общей анатомической структуре млекопитающих, так и основой психики является безмерно древнее психическое начало. Архетип можно сравнить с инстинктом, который определяет поведение на биологическом уровне.

Составляющими элементами *сознания* являются *Эго* и *Персона*. *Эго* — это центральный комплекс сознания, но в целом оно переживает себя как центр психического и в связи с этим играет основную роль в сознательной жизни. Эго — это ощущение осознанности и последовательности действий и мыслей человека. *Персона* (от лат. *persona* — маска актера) — социальное «Я», или роль человека, происходящая из общественных ожиданий и обучения. К. Г. Юнг связывает ее также с идеальными аспектами личности. Это социальная маска «Я», манера говорить, мыслить, одеваться, социальная роль. Обычно свое «Я», или Эго, человек отождествляет со своей персоной. Однако К. Г. Юнг считает это ошибкой, так как персона — это всего лишь обусловленная случайным роль. Персона отвечает за адаптацию человека, за выбор приемлемого поведения при взаимодействии его с различными сторонами социальной жизни. Негативная сторона персоны проявляется в возможности потери индивидуальности при отождествлении Эго с ней и отвержении внутренней жизни, и тогда поведение и вся жизнь человека предопределяется только коллективными ожиданиями.

Согласно теории К. Г. Юнга, основным психическим процессом, направляющим любую деятельность человека, является индивидуация (индивидуализация). *Индивидуация* — это потребность души быть обособленной от общего коллективного сознания и одновременно средство реализации самости. Индивидуация подразумевает не отвержение социальных норм, а способность к их оценке. В свою очередь, любой психологический кризис обусловлен состоянием диссоциации, или разобщения индивида с самим собой, приводящим к активизации комплексов.

Комплекс — это эмоционально заряженная группа идей или образов, сгруппированных вокруг сердцевины, связанной с одним или несколькими архетипами, которые характеризуются общим эмоциональным настроением. Комплексы обладают аффективным зарядом и накладывают отпечаток на поведение, вне зависимости от того, осознает их человек или нет.

Диссоциация — это раздробление личности на не связанные между собой фрагменты. По мнению К. Г. Юнга, любая несовмес-

тимостью между частями личности, хотя и является естественной, может привести к психическому расстройству. Слишком выраженные диссоциации между мышлением и чувствами, между различными установками сознания, между персонею и тенью, между мужской и женской составляющими личности, между сознанием и бессознательным могут привести к неврозу. Естественная антагонистичность между личностными составляющими переходит в личностное расстройство, если диссоциация сопровождается «снижением ментального уровня» или «регрессией» и поведение человека начинает определяться аффективными побуждениями. В этом случае активизируется бессознательное в виде сформировавшихся комплексов.

Таким образом, с точки зрения К. Г. Юнга, *психические расстройства* являются результатом плохого приспособления. Вследствие появления какого-либо препятствия — конституциональной слабости или дефекта, неправильного образования или воспитания, печального опыта, неадекватной установки, провоцирующих развитие диссоциаций, — человек начинает избегать связанных с этим напряжений и регрессирует, возвращаясь к характерному для периода детства аффективному реагированию. Причину развития невротических расстройств К. Г. Юнг видит в отказе личности в индивидуации. В связи с этим психотерапию он организует как процесс индивидуации.

Как автора одной из психодинамических теорий К. Г. Юнга интересует диагностика бессознательных процессов. Основные приемы исследования бессознательного в аналитической теории связаны с анализом символов и мифов. Применяются анализ образов сновидений; продукты творчества и поведения индивида; представления, вызванные предъявлением определенных символов. В качестве индикатора комплексов предлагается *ассоциативный тест*, основой которого является выявление задержки реакции пациента на значимые стимулы.

Целью аналитически ориентированной *психотерапии* является способствование процессу индивидуации, при котором происходит возрождение и трансформация личности. Основные этапы психотерапии проводятся опосредованно, через взаимодействие пациента с символами и сюжетами мифов. В процессе психотерапии индивидуация проходит через следующие этапы: *анализ персоны*, цель которой осознание того, что индивидуальность человека связана не с ней, а с более глубинными структурами личности; *осознание тени*, где пациент признает реальность тени

как одной из сторон своей личности и вступает с ней в диалог: *встреча с Анимой (Анимусом)* и взаимодействие с ней (с ним); *анализ самости* как своей жизненной цели.

Индивидуальная психология А. Адлера. В основе теории личности, разработанной А. Адлером в начале XX в., лежит эволюционная теория Ч. Дарвина, в которой основной потребностью живого организма называется потребность в выживании. Чтобы выжить, представители всех биологических видов должны бороться за свое существование. В сфере человеческих отношений борьба за выживание, по мнению А. Адлера, имеет вид *стремления к превосходству*, которое является бесчисленным врожденным энергетическим потенциалом, определяющим развитие личности. У человека стремление к превосходству проявляется в виде инициативы к преодолению препятствий, побуждения улучшить себя, развить свои способности и возможности.

Обладая врожденным стремлением к превосходству, индивид с детства сталкивается с препятствиями к его удовлетворению. Сравнивая себя с другими людьми, он всегда обнаруживает собственные недостатки, что приводит к формированию *комплекса неполноценности*. Он, хотя и болезненный для индивида, побуждает его стремиться к самосовершенствованию, направляет его деятельность на собственное развитие. Чем сильнее выражено чувство неполноценности, тем больше желание добиться превосходства, а планка жизненных целей выше.

Преодолеть чувство неполноценности индивид может двумя путями: за счет компенсации и гиперкомпенсации.

За счет *компенсации* индивид преодолевает комплекс неполноценности путем опоры на имеющиеся у него природные данные и способности. Посредством *гиперкомпенсации* он развивает те физиологические, интеллектуальные или характерологические свойства, которыми его обделила природа, и благодаря этому также может добиться превосходства над окружающими.

Из-за чувства неполноценности человек ставит перед собой определенные *жизненные цели*, достижение которых, по его мнению, способно его компенсировать. Способ достижения жизненных целей, обладающий уникальным индивидуальным характером, назван А. Адлером *жизненным стилем*. Интерес к построению индивидуальных жизненных стилей определил название теории А. Адлера — *индивидуальная психология*.

Стремление к превосходству над другими людьми направляет индивида на взаимодействие с ними. Реализовать свои жизнен-

ные цели он может, вступая в три возможные формы отношений с окружающими, названные А. Адлером *жизненными задачами*: работа, дружба и любовь.

А. Адлер выделил две формы неадаптивного развития личности: деформацию жизненного стиля и неврозы.

Деформация жизненного стиля обусловлена выбором неадекватных и/или нереалистичных жизненных целей. А. Адлер отметил три фактора, которые еще в раннем детстве способствуют выбору ложной жизненной цели и деформации жизненного стиля:

- органическую неполноценность;
- избалованность;
- отверженность.

Любая деформация жизненного стиля приводит к нарушению взаимоотношений с окружающими.

Неврозы могут стать следствием деформаций жизненного стиля. Они выражаются в повышении уровня тревоги, страхах, навязчивых мыслях и действиях и т. п. Причем появление симптомов рассматривается как форма психологической защиты престижа личности, которая посредством ухода в болезнь оправдывает свою несостоятельность. Развитие невротических симптомов возможно при следующих жизненных деформациях:

- а) снижении уровня активности, необходимого для решения жизненных проблем;
- б) эгоцентричном стремлении к превосходству, которое провоцирует состояние борьбы за свои жизненные цели;
- в) снижении социального интереса, провоцирующего непонимание правил взаимоотношений между людьми;
- г) наличии заведомо нереалистичных, недостижимых целей.

Демонстрируя свои болезненные симптомы, невротик подчиняет себе окружающих и таким образом добивается превосходства.

Здоровый человек ставит перед собой достижимые цели, реализует свой жизненный стиль во взаимодействии с другими людьми, его деятельность направлена на интересы общества. А. Адлер писал: «Если человек сотрудничает с людьми, он никогда не становится невротиком. ...Вы можете вылечиться в две недели, если будете следовать предписанию: постарайтесь каждый день думать, как вы можете сделать кому-нибудь приятное».

Несколько причиной появления невротических симптомов являются ложные жизненные цели, вызванные деформацией жизненного стиля, то как средство *психодиагностики* предлагается метод фокусировки на ранних детских воспоминаниях и на

значимых событиях детства для выявления факторов (органическая неполноценность, избалованность, отверженность), провоцирующих данные деформации. Цель этого метода — выявление возникших в детстве комплексов неполноценности и ложных жизненных целей.

На начальных стадиях *психотерапии* благодаря описанной выше процедуре и другим диагностическим приемам, пациенты начинают осознавать свои комплексы неполноценности и видеть причины невротических симптомов в деформациях своего жизненного стиля.

На завершающих стадиях пациент принимает ответственность на себя в формировании своего индивидуального стиля жизни. При этом психотерапевт провоцирует развитие у него социального интереса и ориентирует на то, чтобы его жизненные цели были связаны с сотрудничеством с окружающими людьми.

Гуманистический подход. Этот подход начал интенсивно развиваться в середине XX в., когда К. Роджерс предложил клиент-центрированную психотерапию. Психологи, придерживающиеся гуманистического подхода, подчеркивают стремление человека к реализации своего жизненного потенциала, необходимость ориентации на позитивные жизненные ценности, познания себя и доверия к своим эмоциям и чувствам. Помимо направления, разработанного К. Роджерсом, к гуманистическому подходу обычно относят и гештальт-терапию Ф. Перлза.

Гуманистическая психология и клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса. Теория личности К. Роджерса, разработанная в 50-х гг. XX в., использует следующие положения феноменологического подхода:

1) для человека реально то, что существует в пределах его внутренней системы координат или субъективного мира. Материальная или объективная реальность — это реальность, сознательно воспринимаемая и интерпретируемая в данный момент времени;

2) поведение можно понимать только в терминах его субъективного восприятия и познания действительности. Данная субъективная способность постигать действительность, в том числе и себя, определяет внешнее поведение человека. Отсюда вывод: люди способны самостоятельно определять свою судьбу.

Таким образом, основой личности в феноменологическом подходе является представленная в данный момент в сознании человека субъективная реальность, в которой присутствуют как образы внешнего мира, так и собственное «Я». Центром и главной

частью этого феноменологического пространства является самость, переживаемая как *Я-концепция* или набор представлений о себе. Несмотря на то что Я-концепция постоянно меняется, она всегда сохраняет качества целостной системы. В процессе развития Я-концепция формируется не сразу, а только на определенной стадии, когда ребенок начинает ощущать себя как отдельный объект и отличать от окружающего мира. Этот процесс дифференциации «Я» является следствием тенденции к актуализации. Я-концепция формируется во взаимодействии организма со средой и в общении с другими людьми. Поскольку Я-концепция стремится к внутренней согласованности, самооценка не всегда является адекватной. Когда структура «Я» ригидна, опыт, который не согласуется с ней, воспринимается как угроза, подвергается искажению или отрицанию.

Согласно теории К. Роджерса, основным мотивом жизни человека, определяющим его развитие, является тенденция к актуализации, а основной врожденной потребностью — потребность в позитивном внимании.

Тенденция к актуализации представляет собой врожденный мотивационный конструкт, направленный на максимальное выявление и развитие всех способностей и лучших качеств личности, заложенных в ней от природы. Тенденцией к актуализации К. Роджерс объясняет и витальные потребности человека (например, потребности в воздухе, воде, еде, половом влечении) и потребность в достижении. Она движет человека в направлении усиления чувства автономии и самодостаточности. Данный побудительный мотив настолько силен, что преследует себя даже тогда, когда его реализация приводит к боли, неудачам и страданиям. Таким образом, тенденция к актуализации связана с повышением психического напряжения.

Потребность в позитивном внимании, т. е. потребность человека в том, чтобы его любили и понимали, носит центральный, всеобъемлющий и постоянный характер. Первичной ее формой является потребность младенца в любви и заботе. У взрослого она выражается в том, что человек чувствует себя удовлетворенным, когда его одобряют, и фрустрированным, когда его осуждают или отвергают. Наличие потребности в позитивном внимании приводит к тому, что человек будет стремиться действовать так, чтобы другие и он сам одобрятельно отзывались о его поступках. Поведение индивида, по мнению К. Роджерса, характеризуется стремлением к положительно оцениваемому опыту и избеганием отрицательно оце-

ниваемого. Однако это может привести к тому, что формирующаяся Я-концепция придет в несоответствие с тенденцией актуализации, направленной на усиление автономности индивида. Существует противоречие между потребностью в актуализации и потребностью в позитивном внимании. В результате некоторые психологические качества начинают рассматриваться лишь с точки зрения их ценности для окружающих. При этом возникает существенное препятствие на пути повышения психологической зрелости индивида, его развития как автономной личности, что приводит к развитию тревоги и невротического поведения.

Когда в феноменологическом поле Я-концепции начинают часто сталкиваться противоречивые переживания (например, обусловленные тенденцией к автономии и потребностью в положительной оценке других) или когда новый опыт противоречит ей, может возникнуть сильная тревога, способная привести к неврозу. В том случае, если механизмы защиты окажутся несостоятельными, индивид начнет сталкиваться преимущественно со сложными и отрицательными переживаниями, и это может привести его к психозу. Следовательно, причиной развития расстройств личности можно считать преимущественную опору на потребность в позитивном внимании, а не на тенденцию к актуализации.

В противовес понятию «невротическая личность» К. Роджерс ввел понятие «полноценно функционирующая личность» как аналог здоровому человеку, обладающему хорошей жизнью. По его мнению, хорошая жизнь — это некое динамическое состояние, в котором человек движется, следуя своей истинной природе. Согласно К. Роджерсу, выделяются пять основных характеристик полноценно функционирующей личности.

1. *Открытость собственным переживаниям*, т. е. способность слушать себя и воспринимать свои сенсорные, эмоциональные, когнитивные переживания, не отрицая и не искажая их и не испытывая при этом угрозы для своей Я-концепции.
2. *Экзистенциальный образ жизни*, т. е. тенденция жить полно и насыщенно в каждый момент существования, когда любые переживания воспринимаются как свежие и уникальные.
3. *Организмическое доверие*. Человек доверяет себе, ведет себя по принципу «я поступаю правильно» и опирается на свои ощущения, а не на суждения других или на внешне заданные нормы.
4. *Эмпирическая свобода*. Человек может жить свободно, так как он хочет, без ограничений или запретов. Это чувство личной

власти, способность сделать собственный выбор, руководить собой, жить без запретов и ограничений.

5. *Креативность.* Жизнь индивида — это продукт его собственного творчества. Человек способен творчески, гибко приспосабливаться к жизни и своей культуре и в то же время удовлетворять свои самые глубокие потребности. Человек является членом общества и его продуктом, но не его пленником.

Эти признаки полноценно функционирующей личности легли в основу предложенной К. Роджерсом *клиент-центрированной терапии*. При этом поведение психотерапевта определяется позициями, не похожими на поведение полноценно функционирующей личности. В процессе психодиагностики высказывания клиента принимаются психологом как верные и достаточно характеризующие личность, что согласуется с феноменологическим подходом. В психотерапии психолог также опирается на тезис «клиент всегда прав» и взаимодействует с человеком на основе его мнения и языка, который он использует.

Как полагает К. Роджерс, эффективные формы психотерапии имеют один общий элемент — взаимоотношения между людьми. Качество взаимоотношений между психотерапевтом и клиентом является единственно важным фактором, обуславливающим успешное терапевтическое вмешательство. При этом все специальные приемы или методики воздействия являются вторичными по отношению к тому эмоциональному климату, который должен создать психотерапевт.

В клиент-центрированной терапии можно выделить такие этапы, как эмоциональное освобождение, признание ранее отрицаемых переживаний и черт личности, включение их в Я-концепцию, принятие клиентом ответственности на себя за решение жизненной проблемы, которая вызвала кризис личности и привела его в психотерапевту. Психотерапия завершается сознательным отказом клиента от дальнейших услуг психотерапевта.

Гештальт-терапия. Теорию личности и психотерапию, основанную на представлениях о гештальтах, разработал Ф. Перлз. Гештальт (от нем. *gestalt* — структура, форма, конфигурация) — понятие, первоначально введенное для обозначения некоторых закономерностей психического отражения. Например, при восприятии внешнего мира мы замечаем не отдельные элементы действительности, а некую целостность, фигуру или гештальт. Ф. Перлз определил, что законы гештальтов действуют не только

при восприятии окружающего мира, но и в феноменологическом поле человека, или его внутреннем психическом пространстве. В соответствии с законами гештальта поле сознания организовано на основе трех пространств: внешней, внутренней и средней зон, а также двух противоположных полюсов оценки — «хорошо» и «плохо». В каждой из названных зон представлены:

1) во *внешней* — образы окружающего мира, которые являются продуктами перцептивных процессов;

2) во *внутренней* — ощущения собственного тела и его отдельных частей. Во внешней и внутренней зонах осознания отражена, хотя и прошедшая когнитивную переработку, но все же объективная реальность, с которой сталкивается индивид в данный момент времени, т. е. «здесь и теперь»;

3) в *средней* — образы, ощущения и переживания, которые созданы не на основе отражения объективной реальности, а путем фантазирования, мечтаний, размышлений, воспоминаний, т. е. отражения не существующего «там и тогда».

Противоположности представляют собой внутренний осознаваемый континуум, полюсами которого служат оценки «хорошо» и «плохо». Осознание своей личности индивид осуществляет по принципу отрицания в себе менее привлекательной части, т. е. той, которой дается оценка «плохо». Это отвержение отрицательных составляющих формирует незавершенную личностную структуру, или незавершенный гештальт.

Согласно законам гештальта на уровне личностных процессов человек стремится к созданию в своем феноменологическом поле законченных ситуаций, или завершенных гештальтов. Завершенный гештальт переживается как признание каких-либо утверждений в отношении себя, вне зависимости от того, имеют ли они положительный знак или отрицательный (например, «да, он меня не любит» или «да, я способен справиться с трудностями»). Однако потенциал, стимулирующий творческое развитие человека, также кроется в незавершенном гештальте. При завершении гештальта происходит расширение сознания и личностный рост человека. Следующим этапом личностного развития будет служить новый незавершенный гештальт, который индивид будет стремиться завершить. Кроме того, человек стремится иерархически структурировать все свои личностные гештальты. Если личностная ситуация оказывается незавершенной (незавершенный гештальт), человек испытывает беспокойство.

Основой *психического здоровья* Ф. Перлз считает равновесие между завершенными и незавершенными гештальтами. *Деструктивная дезорганизация личности*, или *личностный кризис*, может наступить при следующих условиях:

- 1) если слишком много гештальтов оказываются заблокированными и незавершенными;
- 2) не формируется иерархия потребностей, и незавершенные гештальты начинают мотивировать разнонаправленные действия человека;
- 3) становится незавершенным наиболее значимый в иерархии человека гештальт.

По мнению Ф. Перлза, кризисы личности наступают в том случае, когда человек хронически препятствует самому себе в удовлетворении основной потребности — завершении гештальтов. Ф. Перлз считал, что состояние оптимального здоровья можно обозначить как зрелость. Для того чтобы достичь зрелости, индивид должен преодолеть свое стремление получать поддержку от окружающего мира и найти источники в самом себе, чтобы выйти из состояния кризиса и решить свои проблемы самостоятельно.

Психодиагностика в гештальт-терапии осуществляется путем анализа высказываний клиента о своей проблеме. При этом психолог выявляет вид используемых индивидом психологических защит, актуальные в его проблеме противояжные гештальты и степень их незавершенности.

В гештальт-терапии психолог создает условия для помощи клиенту путем подбора различных ситуаций, при выполнении которых индивид завершает гештальты, сформировавшие кризис, и формирует новые незавершенные. При этом основное внимание уделяется интеграции противояжных позиций, т. е. включению в свое феноменологическое личностное поле отрицаемых позиций. Чтобы обеспечить психологическую защиту, которая при этом может использоваться индивидом, применяется работа во внешней или внутренней зоне осознания, т. е. «здесь и теперь». При этом индивид обучается сосредотачиваться на настоящем и различать в своем сознании содержания, относящиеся к разным зонам осознания. Наиболее подходящим условием для проведения гештальт-терапии считается работа в малых группах. Критерием завершения психотерапии является формирование зрелости, которая выражается в принятии индивидом ответственности в решении собственных проблем.

Экзистенциальный подход. Экзистенциальное направление в психологии и психотерапии возникло в результате протеста против абсолютизации психоаналитического подхода З. Фрейда. Смягчение моральных норм, снятие запретов, «сексуальная революция», возможность свободного самовыражения личности в современном обществе не привели, как предполагалось последователями З. Фрейда, к уменьшению психотических расстройств и снижению остроты кризисных состояний личности. На первый план в современном мире стали выступать такие проблемы личности (приводящие ее к деструктивному развитию), как одиночество, скука, недовольство собой, психовисцеральная атрофия. Экзистенциалисты называют такое состояние экзистенциальным кризисом и видят его причину в потере личностью смысла своего существования.

В настоящее время не существует единой теории экзистенциальной терапии. В данном разделе указываются лишь некоторые основные положения.

Экзистенциалисты полагают, что основным мотивом, определяющим жизнь человека, его личностное и интеллектуальное развитие, является не стремление к удовольствию, как это полагал З. Фрейд, а поиск и определение личности *смысла своего существования* (от лат. *existencia* — существование). Если человек обладает этим смыслом, то все переживаемые им аспекты своего опыта, проявляющиеся в его феноменологическом поле сознания, даже страдания, принимаются как значимые.

Отличительной особенностью экзистенциальных подходов является понимание того, что для осуществления своего личностного роста и решения личностных проблем человек должен опираться на собственную волю.

Причину кризисов личности экзистенциалисты видят в утрате ею смысла своего существования. Некоторые из них полагают, что в сознании человека, его феноменологическом поле начинает доминировать восприятие себя из отдаленной точки созерцания, которую называют *галактическим взглядом, взглядом из центра туманности, позицией космической перспективы*. При таком самосозерцании человек видит себя как бы из космоса. При этом он, естественно, воспринимает все аспекты своей бытийности, а также других людей как мелкие, глупые и лишённые смысла с точки зрения космических перспектив.

Другие считают, что потеря смысла существования кроется в исключении личностью из своей картины мира осознания конеч-

ности своей жизни. Отсутствие в феноменологическом пространстве осознания того, что человек обладает единственной жизнью, которая необходимо завершится смертью, дает основание отвергать как отдельные аспекты ее бытийности, так и всю жизнь целиком.

Возможной причиной является также неструктурированность внутренней картины мира по принципу значимости различных человеческих ценностей. Феноменологическое пространство человека неоднородно и организовано иерархически. Осмысление существования происходит тогда, когда человек обнаруживает наиболее значимые для себя жизненные ценности и будет направлять все составляющие своей бытийности на их реализацию. Отсутствие значимых жизненных ценностей или выбор невротических или деструктивных идеалов в качестве высших ценностей может привести к отрицанию своей жизни и личностному кризису.

Наконец, причиной кризиса личности может стать также отказ человека от осознания себя свободным и личностного императива «быть собой и пользоваться своей свободой». Внутренне несвободный человек перекладывает ответственность за свои проблемы на природные или социально-исторические закономерности. «Подлинное существование» понимается как результат осознания собственной жизненной ситуации и ответственного отношения. Человек должен признать все аспекты своего прошлого опыта, какими бы болезненными они не казались, и сознательно выбрать формы своих поступков в будущем. Например, по мнению Ж.-П. Сартра, мораль знает одну обязанность — готовность сознаться и готовность отвечать за все.

Признаками кризиса личности экзистенциалисты считают:

- а) доминирование в высказываниях индивида, описывающего свою внутреннюю картину мира, отрицаемых аспектов бытийности;
- б) отсутствие воли для их разрешения, т. е. появление в Я-концепции чувства апатии, скуки, бессмысленности, недовольства жизнью, нежелания что-либо предпринимать.

При экзистенциальной терапии применяется метод консультирования. Процедура консультирования выстраивается как разговор, в котором клиент и психолог совместно приходят к пониманию экзистенциальной сущности личностного кризиса. В дальнейшем психолог подводит клиента к осознанию причин потери смысла жизни, опираясь на известные модели (часть из них описана выше), и стимулирует проявление его воли для принятия ответственности на себя в разрешении своей проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. М., 1988.
2. Ганнушкин, П. Б. Избранные труды / П. Б. Ганнушкин. М., 1969.
3. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. М., 1980.
4. Клиническая психология / под ред. М. Перре и Ж. Бауманна. СПб., 2002.
5. Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. СПб., 2002.
6. Коркина, М. В. Нервная анорексия / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Марилон. М., 1986.
7. Куттер, П. Современный психоанализ / П. Куттер. СПб., 1997.
8. МакМаллин, Р. Практикум по когнитивной терапии / Р. МакМаллин. СПб., 2001.
9. Мейер, В. Методы поведенческой терапии / В. Мейер, Э. Чессер. СПб., 2001.
10. Психотерапия: учебник / под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб., 2000.
11. Хрестоматия по сумасдологии. Киев, 1996.
12. Ялом, И. Лечение от любви: психотерапевт. новеллы / И. Ялом. М., 1997.